

L'UNION MÉDICALE





Paris. — Imprimerie ALCAN-LEVY, 24, rue Chauchat

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME QUARANTE-QUATRIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1887

Sommaire

Nourrices et nourrissons syphilitiques. — Conduite à tenir dans un cas donné,

Par A. Morel-Lavallée, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Une remarquable leçon clinique faite il y a quelque temps par M. Fournier sur ce sujet, et l'actualité que donne à ces faits le brillant rapport que vient de lire à l'Académie, sur la *prophylaxie de la syphilis,* le professeur de Saint-Louis, nous engagent à publier l'observation qui suit, en l'accompagnant des réflexions d'intérêt pratique que le cas nous a suggérées.

La nommée R... (Marguerite), 26 ans, sans profession, vient, le lundi 21 février, à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis pour une ulcération qu'elle porte au sein droit.

Elle est, de là, adressée à M. Fournier, qui la voit le 24 février.

Le sein droit présente, en haut et en dedans de l'aréole, sur laquelle elle empiète un peu, une ulcération de la grandeur d'une pièce de cinq centimes environ, d'une orbicularité parfaite.

Aux confins de l'aréole, le bord fait une saillie nettement surélevée : l'ulcération descend, au contraire, en pente douce du côté opposé, si bien qu'en dedans, sa surface est absolument de niveau avec la peau voisine.

Mais, même en ce point, le bord est indiqué d'une façon nette, tranchée, par une ligne légèrement plissée qui se continue sur toute la circonférence de l'ulcération et présente une teinte rouge-cramoisi, laquelle déteint sur le contour de façon à former un limbe de 2 à 3 millimètres environ.

FEUILLETON

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER.

Le numéro du *The Lancet* du 18 juin contient plusieurs notes intéressantes que nous croyons pouvoir traduire ou analyser.

Voici d'abord un cas d'ablation d'une tumeur du canal rachidien, chez un homme de 40 ans, par M. Victor Horsley.

Il existait des douleurs en ceinture depuis quatre ans et une paraplégie depuis six mois. Le diagnostic de compression de la moelle épinière par une tumeur de mauvaise nature fut porté par M. Gowers, qui vit le patient avec M. Percy Kidd, et confirmé par six William Jenner. M. Gowers émit l'opinion qu'on devait essayer de pratiquer l'ablation de la tumeur. D'après l'existence de douleurs névralgiques intenses dans le dos et suivant le trajet du sixième nerf dorsal, douleurs qui avaient précédé la paraplégie, on admit comme probable que la tumeur siégeait sur la racine postérieure du nerf, et ensuite avait comprimé la moelle.

L'opération fut pratiquée le 9 juin. Une longue incision fut faite sur la ligne médiane, ayant son centre à la cinquième dorsale et allant jusqu'aux apophyses épineuses. Les muscles furent séparés de leurs insertions aux lames vertébrales et rétractés, les apophyses épineuses enlevées avec la pince coupante et les lames vertébrales trépanées. On

Si on prend entre les doigts les deux pôles opposés de l'ulcération, on la soulève en entier comme un fragment de carte de visite (induration foliacée).

Le fond, déjà recouvert dans son quart supéro-interne d'une pellicule cicatricielle, présente dans le reste de son aire exactement l'aspect de la coupe d'un muscle rouge, sur laquelle se détacheraient même les intersections aponévrotiques.

Fait curieux à noter : tandis que la pression exercée sur les bords de cette surface rougeâtre ne fait sortir aucune sécrétion séro-purulente ni sanguinolente, on voit cependant alors sourdre en trois points différents de l'ulcération un liquide lactescent, que le microscope montre n'être autre chose que du lait.

La malade nous apprend que, depuis le début, ces gouttelettes de lait sortent même spontanément en cet endroit.

La couleur rouge-musculaire, le fond lisse et uni de la moitié de la surface, la présence à la partie antérieure de l'aisselle d'un petit ganglion que la main posée à plat fait rouler sous les doigts, autorisent à poser le diagnostic de chancre syphilitique malgré :

1° L'orbicularité absolument parfaite de la lésion;

2° L'aspect saillant, surélevé du bord, en dehors;

3° L'absence de renseignements autres pouvant nous fixer sur l'étiologie.

En effet, cette malade est accouchée le 19 janvier; d'après elle, il lui serait venu, quinze jours après, un petit bouton qui se serait transformé pour devenir l'ulcération actuelle; c'est-à-dire qu'il n'aurait revêtu les caractères ulcéreux que depuis quinze jours environ.

Or : 1° Le mari par nous examiné est sain, ne présente pas de lésion spécifique, pas plus à la bouche qu'ailleurs.

2° Cette femme affirme n'avoir prêté le sein à aucun autre enfant, n'avoir été touchée ni embrassée par aucune personne autre que son mari.

3° Elle s'est bien servie, pour dégorger son sein, d'une tétrelle prêtée par

---

fit ensuite aux méninges une incision par laquelle on examina la moelle, et on vit alors une tumeur, du volume du bout du petit doigt, située sur la racine postérieure du nerf, à peu près au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Cette tumeur repoussait la moelle en avant et à droite, produisant une dépression profonde dans sa substance. Elle fut enlevée avec le nerf auquel elle adhérait. L'incision des méninges, qui avait au moins 3 pouces de long, ne fut pas suturée; la plaie des parties molles fut suturée et drainée. Précautions antiseptiques strictes.

Depuis l'opération, il n'y a pas eu d'élévation de la température, et la douleur a diminué. La contraction spasmodique douloureuse des muscles des membres inférieurs a diminué également, ainsi que la raideur des jambes, mais la paraplégie continue. La tumeur, qui avait une couleur rosée, était élastique et vasculaire; elle n'a pas encore été soumise à l'examen microscopique.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce fait.

P. S. — Dans le numéro du 25 juin, *The Lancet* nous apprend qu'il y a relativement peu d'amélioration dans l'état des membres inférieurs, qu'il y a un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien par la plaie, que la température indique toujours une marche aseptique, et que l'état général du patient s'améliore.

*
* *

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a commencé à prétendre que la civilisation exerçait

la sage-femme, mais cela le 24 ou 25 janvier, c'est-à-dire trois ou quatre jours avant l'apparition du mal que l'absence d'incubation dans ce cas défend par conséquent de rapporter à cette origine.

Etant donné que le bouton a débuté environ huit jours après l'accouchement, il est certain que la contagion a dû se faire avant l'accouchement. Par quel procédé? Contamination directe ou indirecte? C'est ce qu'il nous est impossible de savoir.

Cette femme est donc actuellement atteinte d'une lésion, qui est certainement un chancre syphilitique. Il est, en effet, impossible de songer à un autre diagnostic. L'hypothèse d'une ulcération syphilitique tertiaire doit être rejetée, vu l'absence d'antécédents et de commémoratifs, — le caractère exulcéreux, superficiel de la lésion, — la présence du ganglion axillaire, — l'aspect rouge-musculaire et l'induration foliacée de l'ulcération.

Quant à l'épithélioma, il n'y faut pas songer, vu le moment rapproché du début et l'évolution rapide du mal, sans parler de ses caractères objectifs. Nous avons signalé plus haut cette particularité intéressante qu'en trois points de la surface érosive la pression faisait sourdre une goutte de lait. L'explication anatomique en est toute simple. Outre que les glandes de Montgomery sécrètent parfois pendant l'allaitement un liquide lactescent, il n'est pas rare de voir quelques conduits galactophores aberrants se perdre loin du mamelon, sur l'aréole, voire à sa périphérie. Tel est ici le cas, et deux de ces conduits galactophores viennent aboutir vraisemblament, chez cette femme, sous la peau (aujourd'hui érodée par un chancre) qui se trouve au delà, en dedans de l'aréole. C'est là un fait curieux, rien de plus, mais qui, pensons-nous, n'a pas encore été observé.

Le chancre que nous venons de décrire est distant du mamelon de toute la largeur de l'aréole. Or notre malade n'a cessé, jusqu'à il y a deux jours, de donner le sein à son enfant, lequel est, aujourd'hui 24 février, absolument indemne de toute trace de contagion; aussi sain, du reste, qu'un premier enfant âgé d'environ deux ans.

Quelle est donc la conduite à tenir pour le médecin, en présence d'une

---

une influence débilitante sur la résistance de l'homme aux causes de destruction. Le docteur George Harley vient de soutenir de nouveau cette thèse devant l'*Anthropological Institute*. L'orateur a cité des cas tendant à démontrer que, tandis que les forces physiques et morales de l'homme avaient augmenté pendant son évolution, depuis sa sortie de l'état barbare jusqu'à son état actuel, ses forces corporelles avaient diminué, soit pour résister aux influences mortelles ou aux blessures, soit pour en guérir aussi rapidement et aussi bien que ses ancêtres barbares moins favorisés. Tout ce qui dans la vie civilisée tend à ajouter au confort et aux jouissances humaines a un effet funeste, énervant, sur la partie animale de l'individu; ceci est démontré, d'après M. Harley, par des exemples frappants tirés de la vie des bohémiens et des vagabonds, et aussi des animaux domestiques, comme les moutons, les bœufs, chevaux, chiens, toutes espèces chez lesquelles l'élevage perfectionné paraît conduire à une diminution marquée du pouvoir réparateur de l'organisme.

L'auteur soutient de plus que l'homme en général possède naturellement à un haut degré le pouvoir de réparer ses forces, pouvoir inhérent à sa constitution; et que cette qualité est possédée actuellement, au plus haut point, par tous les hommes qui vivent à l'état primitif, que ce soit comme les sauvages, tels que les Cafres de l'Afrique du Sud ou les Peaux-Rouges de l'Amérique du Nord, ou comme les Bohémiens ou les vagabonds qui vivent parmi nous. Ce fait a pour cause la diminution de ces propriétés réparatrices sous l'influence des raffinements d'une civilisation supérieure. Et, quoique tous les hommes soient de la même chair et du même sang, leurs différents modes de vie et

mère-nourrice atteinte d'un chancre peu distant du mamelon, laquelle donne, depuis quinze jours qu'elle est porteur de ce chancre, à téter à son enfant, alors que cet enfant est ou paraît encore indemne?

Le chancre, avons-nous dit, est extra-mamelonnaire, juxta-aréolaire; il est donc possible que l'enfant ait, à la rigueur, échappé au contact virulent, outre que la contamination n'est pas absolument fatale. Nous devons provisoirement considérer cet enfant comme sain.

Donc il ne faut pas qu'il tète le sein malade, car l'occlusion de l'ulcération avec du sparadrap ou autrement serait aussi momentanée qu'illusoire. Il ne peut pas téter uniquement le sein gauche (non affecté), car : 1° la sécrétion lactée étant bilatérale, le sein non tété s'engorgerait, s'enflammerait, etc.; 2° la succion de ce même sein gauche, toujours dans l'hypothèse où l'enfant aurait échappé à la contamination, ne serait pas longtemps inoffensive pour lui, vu la formation possible de gerçures qui deviendraient pour lui autant de sources de contagion.

Que fallait-il donc faire : sevrer l'enfant ou lui donner une nourrice?

Mais cet enfant est peut-être, sans doute même, en incubation de syphilis. Pendant quinze jours, jusqu'à avant-hier, il a été exposé à cette infection. Donc, en prenant la moyenne de vingt-cinq jours, dans huit jours s'il a été contagionné au début, dans vingt-trois s'il l'a été le dernier jour de cet allaitement, il va avoir à la bouche un chancre syphilitique.

Dès lors, nous ne pouvons le confier à une nourrice saine. De plus, s'il va être syphilitique, le biberon lui sera fatal, partant il aura plus que tout autre besoin d'une nourrice.

Le problème était donc celui-ci : Faire que l'enfant continuât à téter impunément, et ce jusqu'à la fin de la période approximative de l'incubation, soit, ici, en prenant la date extrême, environ vingt-trois jours; et, d'autre part, conserver à la mère sa sécrétion lactée pour le cas où l'enfant, une fois constaté syphilitique, viendrait à en réclamer l'usage.

Donc : 1° faire téter à l'enfant le sein gauche (non affecté) et dégorger artificiellement le sein droit (chancreux), qui sans doute supportera suffi-

---

leurs habitudes sociales différentes leur ont apporté des degrés très divers de sensibilité nerveuse, aussi bien que de propriétés réparatrices.

L'orateur n'est pas allé jusqu'à l'hypnotisme et aux suggestions mentales; mais ces produits de la civilisation *supérieure*, qui jouent un si grand rôle dans la société contemporaine, étaient dign de trouver place parmi les causes de débilitation aussi bien corporelle que morale.

*
* *

Il est certain qu'on ne se défie pas assez des conséquences fâcheuses que peuvent avoir les séances d'hypnotisme, auxquelles se prêtent si bénévolement les gens du monde, sur leurs fonctions cérébrales.

M. le professeur Pitres, de Bordeaux, en a cité récemment un bel exemple dans le *Journal de médecine* de cette ville. Un jeune employé de chemin de fer était un des sujets ordinaires à l'aide desquels M. Donato faisait dernièrement à Bordeaux des séances publiques d'hypnotisme. Depuis cette époque, il est sujet à des crises de sommeil spontané pendant lesquelles il accomplit des actes inconscients qui ne sont pas sans danger pour lui et pour les personnes de son entourage. Dans une de ces crises, il a tenté de se suicider, et c'est pour cette raison qu'on l'a conduit à l'hôpital.

M. Pitres s'est efforcé de ramener le calme dans ce cerveau malade. Après une ou deux courtes séances d'électrisation cérébrale, il a recommandé le repos intellectuel le plus absolu. Plus tard, on essaiera de détruire une à une les diverses suggestions sous

samment son insuffisante déplétion pendant les quelques jours que durera la période d'incubation de l'enfant. (Pour celui-ci le danger, s'il est sain, est à son minimum, puisqu'il n'a éventuellement à redouter, et pour quelques jours, que la contamination par le sang pouvant s'échapper de gerçures éventuelles du mamelon sain; et on ignore au juste à quel moment le sang, dans la syphilis secondaire, devient contagieux.)

2° Faire dégorger le sein lésé avec une tétrelle n'étant pas possible, vu la douleur qu'eût provoquée ce procédé, M. Fournier proposa alors à la malade d'entrer pour quelques jours dans son service, de donner à l'enfant le sein gauche exclusivement, tandis que le sein droit serait tété par un petit chien qu'on eût été, pour ce faire, acheter au Jardin d'Acclimatation.

La malade a refusé de rester.

25 février. — La malade est revenue ce matin; son chancre tend manifestement à la cicatrisation, dans sa partie la plus déclive (en dedans). L'enfant ne présente aucune érosion buccale.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kystes végétants des deux ovaires. — Ascite. — Ablation des deux tumeurs. Pleurésie. — Abcès du petit bassin. — Guérison. — Persistance des règles.

(Observation recueillie par H. Sécrétan, interne du service.)

Mlle Paillard Ida, 22 ans, lectrice, demeurant à Paris, entre le 19 juin 1884 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 11. Depuis un an environ, cette jeune fille est tourmentée par une sensation de pesanteur siégeant dans le bas-ventre; en outre, elle est souvent prise de violentes coliques localisées dans la même région. Le ventre n'augmenta pas de volume au début; après quelques mois seulement, la malade s'aperçut que ses vêtements devenaient trop justes; l'accroissement fut très lent; mais l'amaigrissement et la perte des forces furent très marqués. La constipation habituelle chez la malade n'est pas devenue plus opiniâtre; la miction, sans être douloureuse, est plus fréquente. La

---

l'influence desquelles il paraît encore se trouver. Depuis qu'il est entré à l'hôpital, une amélioration sensible s'est produite dans son état.

Cet exemple regrettable, ajoute le rédacteur de l'article, démontre les dangers des pratiques d'hypnotisation inconsidérée et non scientifique. Les sujets hypnotisés sont des malades qu'il peut être parfois utile de montrer dans une clinique à un public médical, mais qu'il n'est pas sans inconvénient d'exhiber en public et de soumettre à des expériences fréquemment répétées.

* *
*

Les bibliothèques publiques, auxquelles on a déjà fait tant de reproches, sont maintenant accusées d'être de vrais agents d'infection. Je ne parle pas seulement des mauvaises odeurs qu'on y respire et qui donnent bien souvent la migraine à ceux qui sont forcés d'y séjourner, mais de la contagion des maladies infectieuses par l'intermédiaire des ouvrages que renferment ces utiles établissements.

La *Lancet* cite, en effet, une lettre d'un de ses correspondants, qui lui signale un fait au moins curieux. Un enfant avait emprunté à une bibliothèque un livre qui revenait justement d'une maison dans laquelle sévissait la fièvre scarlatine, et, deux jours après, il contractait la maladie. La période d'incubation de la scarlatine est assez variable, il est vrai, mais elle n'est pas incompatible avec l'idée que le livre put avoir été l'agent de l'infection. On ne peut affirmer que la maladie n'aurait pu être rapportée à une autre source, mais, de toute manière, ce fait indique un danger qui paraît être inséparable du régime actuel des bibliothèques publiques. Les seules sauvegardes possibles contre

menstruation établie à l'âge de 14 ans a toujours été régulière; il n'y a à signaler aucune affection de l'appareil génital.

La malade entre, au mois de mai 1884, dans le service de M. E. Labbé, à la Maison de santé, et le 1er juin, une ponction faite par M. Cruveilhier retira 5 litres 800 grammes d'un liquide assez épais et couleur acajou. Peu après, le ventre avait repris son volume, et le 19 juin la malade entre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier.

A cette époque, l'examen donne les renseignements suivants :

Le ventre est peu développé, plus proéminent dans la portion sous-ombilicale; il est presque symétrique, toutefois un peu plus saillant à gauche. La cicatrice ombilicale n'est pas déplissée, la peau est souple et saine, non distendue, elle ne présente pas de varicosités.

La circonférence du ventre prise au niveau de l'ombilic est de 79 centimètres; l'ombilic est distant de l'appendice xiphoïde de 13 centimètres, du pubis de 19 centimètres, de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 15 centimètres, de l'épine gauche de 19 centimètres.

La matité occupe l'hypogastre et les fosses iliaques, elle remonte jusqu'à une ligne horizontale passant par l'ombilic. La percussion est douloureuse au niveau du flanc droit. La sensation de flot est très manifeste dans toute l'étendue de la matité, l'impulsion se transmet également bien dans toutes les directions et dans tous les points occupés par la matité. Il est impossible de délimiter une tumeur par la palpation et le liquide est certainement de nature ascitique.

Le toucher est assez difficile à cause de la présence de l'hymen, l'utérus est abaissé, mobile, les culs-de sac sont libres.

L'état général est médiocre, la malade est faible et très amaigrie, elle ne tousse pas. Ses urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

L'*opération* est pratiquée le 22 juillet 1884, avec l'aide de MM. Berger, Périer et Just Championnière : anesthésie par le chloroforme.

L'incision médiane sous-ombilicale saigne beaucoup, le péritoine ouvert; on donne issue à 6 ou 8 litres d'ascite, avec des *cristaux de cholestérine*, fait important à signaler. L'ouverture de l'abdomen est alors agrandie en haut et en bas, de l'ombilic à 2 centimètres du pubis, pour faciliter l'exploration du bassin. Celui-ci est rempli de papillômes siègeant sur les deux ovaires, sur le fond de l'utérus, sur les ligaments larges, enfin dans les culs-de-sac recto et vésico-utérins.

La tumeur droite est liée à son pédicule avec deux fils en X et excisée. On détruit les

---

ce danger seraient : 1° la notification obligatoire de toutes les maladies infectieuses au bibliothécaire; 2° la désinfection de tout volume soupçonné de revenir d'un endroit où il aurait pu être contagionné.

A ce point de vue, on peut citer un incident relaté dans un journal russe. La fièvre typhoïde régnait récemment à Sébastopol, et on a établi que ses ravages avaient été jusqu'à un certain point arrêtés par une mesure judicieuse que prit le bibliothécaire de la bibliothèque de la ville; il pria, dès le début de l'épidémie, les abonnés de cesser temporairement de changer leurs livres si la fièvre venait à éclater dans leur famille. De cette manière, les habitués de la bibliothèque et les lecteurs des livres prêtés au dehors, aussi bien que le personnel des employés et des bibliothécaires, furent épargnés par l'infection.

Certainement, on pourra trouver quelque exagération dans ces opinions relative à l'influence du prêt des livres d'une bibliothèque sur la dissémination et la limitation des maladies épidémiques, mais actuellement, en fait de maladies infectieuses, toutes les hypothèses qui ne seraient pas plus déraisonnables que celles-là sont parfaitement admissibles. Mais il faut bien reconnaître que ces hypothèses sont grosses de conséquences graves. Si elles étaient démontrées exactes, elles ne tendraient rien moins qu'à supprimer le prêt des livres dans les bibliothèques spécialement affectées aux personnes le plus ordinairement en contact avec les malades atteints d'affections contagieuses, c'est-à-dire aux médecins; ou encore à établir dans ces bibliothèques des appareils destinés à la désinfection des ouvrages prêtés aux membres du corps médical.

masses des culs-de-sac et du bord correspondant utérin en les grattant avec les ongles. La tumeur gauche est plus facile à lier, et le pédicule est fait en partie avec le tissu ovarique de ce côté, dont on excise les parois kystiques, remplies elles mêmes de végétations.

Retournant à droite, on applique une deuxième ligature en X, plus bas que la précédente, afin d'enlever toute la tumeur papillaire de ce côté. Une adhérence de l'épiploon à la paroi est sectionnée entre deux pinces et liée au catgut.

L'opération a duré 55 minutes. Lister complet. Suture de la paroi avec neuf fils d'argent profonds et deux superficiels.

Le 22 juillet. — Soir : Pas de douleurs abdominales, ténesme vésical, cathétérisme. Une piqûre de morphine de 0,01 centigr., glace, champagne. Temp. 38°6, pouls 98, resp. 24.

Le 23. — Matin : Quelques coliques pendant la nuit; nausées; hoquet. La malade urine seule. Une injection de morphine de 0,05 centigr. Temp. 38°, pouls 90, resp. 22. — Soir : Pas de coliques ni de vomissements; quelques éructations. Figure animée, bouffées de chaleur. Quantité d'urine dans les vingt-quatre heures : trois quarts de litre. Eau chloroformée, glace, champagne; une demi-piqûre de morphine. Temp. 38°8, pouls 150, resp. 25.

Le 24. — Matin : Quelques vomissements verdâtres hier au soir; le reste de la nuit a été bon; la malade a dormi. Une injection de morphine; glace, rhum, champagne. Temp. 38°6, pouls 144, resp. 24. — Soir : Quelques nausées; quantité d'urine dans les vingt-quatre heures : un litre. Une injection de morphine. Temp. 38°8, pouls 120, resp. 26.

Le 25. — Matin : Emission de gaz par l'anus à la suite de plusieurs lavements d'eau tiède, et l'administration de l'eau chloroformée. Temp. 38°2, pouls 116, resp. 24. — Soir : Coliques douloureuses accompagnées de nausées et suivies d'évacuation de gaz. Un demi-litre de lait, glace, champagne, rhum. Temp. 38°,5, pouls 120, resp. 25.

Le 26. — Matin : Coliques plus violentes depuis une heure du matin, nausées; les règles attendues pour cette époque commencent à couler, elles sont très peu abondantes. Le pansement est fait pour la première fois; réunion, cinq fils profonds et deux superficiels sont enlevés. Une demi-injection de morphine. Temp. 38°, pouls 110, resp. 22. — Soir : Coliques avec émission de gaz. Temp. 39°, pouls 134, resp. 27.

Le 27. — Coliques, nausées; émission de gaz. Potage, un œuf, lait; rhum et glace. Les règles coulent toujours, elles sont peu abondantes. Temp. 38°, pouls 116, resp. 22.

Je fais une hypothèse. Bien souvent il survient dans certains services hospitaliers des cas d'érysipèle, de fièvre puerpérale, de scarlatine, etc., sans qu'on puisse trouver dans les conditions actuelles de l'hôpital les raisons de cette éclosion; ne serait-il pas à rechercher si avant de venir à l'hôpital un élève ou le chef de service n'ont pas consulté un ouvrage emprunté à une bibliothèque publique et rapporté la veille par un emprunteur qui aurait déposé entre ses feuillets les germes de la maladie? Pourquoi pas? La désinfection des ouvrages à leur rentrée aurait donc du bon; mais je suis plus radical, et j'opinerais volontiers pour la suppression totale du prêt des livres aux médecins.

*
* *

Ce n'est pas seulement le danger des bibliothèques qui préoccupe nos voisins; celui qui peut provenir d'autres sources et atteindre non pas la race humaine, mais les bestiaux, attire aussi toute leur attention.

Par exemple, dans une réunion récente de la Commission des Egouts, le Comité des Rues s'est opposé à l'installation d'un abreuvoir, pour ce motif que c'était un moyen de propager la morve. Cette accusation était grave, et on disait qu'elle était appuyée sur l'opinion de plusieurs vétérinaires. Mais immédiatement on a recherché s'il existait une statistique précise servant de base à cette accusation, une assertion pure et simple ne suffisant pas et nécessitant une enquête sérieuse. Les abreuvoirs peuvent être la cause de dangers pour les bestiaux, mais, avant que ceci soit prouvé, il faut tenir compte des

— Soir : La malade rentre dans la salle commune. Temp. 39°2, pouls 124, resp. 27.

Le 28. — Quelques coliques, langue saburrale, un peu d'abattement. Deuxième pansement : les quatre dernières sutures sont enlevées. Temp. 39°2, pouls 138, resp. 27.

Le 30. — Douleurs abdominales violentes cédant après d'abondantes évacuations. Le matin, la température monte à 39°,2, elle est de 40° le soir.

Le 1er août. — Dans la journée, la malade ressent une douleur dans le côté droit du thorax; la température, le soir, monte à 40°.

Le 2. — Le point de côté est plus violent, la respiration est anxieuse et précipitée. Matité à la base du poumon droit, souffle à l'expiration, égophonie (Pleurésie). Vésicatoire à la base droite. Temp. 39,6, pouls 144, resp. 31.

Le 6. — L'épanchement atteint l'épine de l'omoplate; il persiste aussi abondant pendant cinq jours, puis commence à décroître; le 20 août, la respiration est partout normale, il ne reste que quelques frottements à la base droite. Un second vésicatoire avait été appliqué le 15.

Le 9. — On s'aperçoit en renouvelant le pansement que le ventre présente un empâtement diffus et profond; le lendemain, la plaie s'entr'ouvre et laisse passer un suintement séro-sanguinolent assez abondant; l'écoulement devient graduellement plus abondant; il a une odeur fade, non fétide; la température se maintient au-dessus de 39° et la malade est très abattue.

Le 11. — On parvient à introduire dans la fistule un drain de petit calibre ayant quelques centimètres de longueur; l'état général grave persiste.

Le 16. — En pressant légèrement sur le ventre pour évacuer le suintement, on fait sortir un flot de pus contenant des débris de tissus sphacélés. La quantité de pus évacuée a été d'environ 600 grammes. Deux gros drains de 10 centimètres de longueur sont laissés dans la fistule. Immédiatement l'état général s'améliore; la température, qui était de 39° le 16 août au matin, tombe à 37° le 16 au soir; le ventre redevient souple et indolent; la fétidité de l'écoulement est combattue par des lavages avec de la liqueur de Van Swieten. Le pus qui s'écoule constamment de la fistule est reçu dans une couche de coton phéniqué.

Mais, vers le 20 août, quatre jours après l'évacuation abondante, la température remonte, elle présente de grandes oscillations et atteint 39° le soir; le facies est amaigri et terreux, la prostration est extrême, il y a un peu d'œdème malléolaire; la malade rejette tous les aliments qu'elle prend, malgré les différentes médications instituées : glace, champagne, laudanum, potion de Rivière, lait coupé d'eau de Vichy.

---

avantages qu'ils procurent aux bestiaux en marche, des inconvénients qu'entraînerait leur suppression pendant la saison chaude. Si même les dangers annoncés existent réellement, ce n'est donc pas la suppression des abreuvoirs qu'il faut viser, mais leur amélioration; il faudrait les construire de telle manière que l'eau y soit courante et constamment renouvelée; de cette façon les microbes infectieux, morveux ou autres, n'y pourraient séjourner.

Je ne sais pourquoi je m'imagine que toutes ces améliorations, qu'elles concernent les bibliothèques ou les abreuvoirs, trouveraient aussi utilement leur application en France qu'en Angleterre.

L.-H. Petit.

Topique contre le ramollissement des gencives. — Combe.

Teinture de pyrèthre..........................	15 grammes.
Teinture de gaiac..............................	ââ 4 grammes.
Teinture de myrrhe............................	
Teinture thébaïque............................	
Teinture de coquelicot.........................	q. s. pour colorer.

A l'aide d'un pinceau inbibé de cette liqueur, on badigeonne, matin et soir, les gencives ramollies et décolorées. — N. G.

Depuis le 28 août, le lavage de la cavité fistuleuse est fait encore plus minutieusement que par le passé; l'injection de liqueur de Van Swieten n'est pratiquée que lorsqu'une injection d'acide borique, préalablement faite dans la cavité, en sort absolument claire. C'est peut-être à ces précautions qu'il faut rapporter la diminution notable de la suppuration et l'amélioration de l'état général qui se sont produites à cette époque. L'appétit et les forces reviennent rapidement dans les premiers jours de septembre. Le drain réduit à 2 centimètres le 7 septembre est bientôt supprimé.

La malade se lève pour la première fois le 18 septembre et sort guérie le 27 octobre. A cette époque, la circonférence ombilicale est de 76 centimètre; la cicatrice a 6 centimètres; pas d'éventration.

Mlle P... se rend en Suisse au milieu de novembre, et, le 19, elle revoit ses règles, qui sont abondantes et durent trois jours sans douleurs d'ailleurs. L'état général est excellent.

Le 13 mai 1885. — Mlle P... se porte très bien, n'a plus aucune douleur dans l'abdomen.

Depuis novembre 1884, les règles reviennent tous les mois, durent environ quatre jours et sont peu abondantes. Les époques ne sont pas douloureuses. Les douleurs pleurétiques à droite persistent de temps en temps lors des changements de temps.

Le 6 octobre 1885. — Toujours en bonne santé, sauf douleurs rhumatismales du côté droit seulement. Les règles, normales, durent deux à trois jours et sont peu abondantes. La malade n'a pas beaucoup engraissé; à sa sortie de Bichat, elle pesait 85 livres et actuellement elle pèse 106.

En novembre 1885, Mlle P... allait très bien et partait pour la Russie.

Le 14 juillet 1886. — Mlle P... ressentit de vives douleurs dans le bas ventre et à droite, et son médecin, le docteur Blumenfeld, constata l'existence d'une péritonite circonscrite autour de la cicatrice sous-ombilicale. La température oscille entre 37°5 et 39°3, jusqu'au 26 juillet, époque à laquelle la cicatrice s'ouvre et donne issue à du pus infect. On place un drain dans cette ouverture et l'état général s'améliore aussitôt. Pansement antiseptique.

Le 12 septembre 1886. — Mlle P... était rétablie, elle m'écrit qu'un second abcès plus volumineux s'est fait au milieu de sa cicatrice, mais sans accidents fébriles. Les règles, arrêtées un mois, ont reparu sans accidents.

Le 17 février 1887. — Mlle P.... me confirme la guérison de ses abcès; toutefois, ses règles sont devenues anormales, en ce sens quelles apparaissent jusque trois fois par mois et sont très abondantes.

Le 24 mai 1887. — Les règles sont abondantes, mais redevenues normales et régulières. L'état général est excellent.

L'examen des tumeurs enlevées et qui pesaient ensemble 200 grammes, a été fait par M. Pillet, externe du service, élève du laboratoire du docteur Pouchet. A l'œil nu, ces tumeurs forment une masse agminée de petits bourgeons pédiculisés, opalins ou rouges, donnant par la section un liquide presque clair.

Une coupe d'un de ces bourgeons y montre un revêtement de cellules épithéliales cylindriques, semblables au revêtement externe des kystes de l'ovaire et une charpente conjonctive formée, au niveau du pédicule, de faisceaux conjonctifs entrecroisés avec quelques gros capillaires. Dans le bourgeon, le réseau conjonctif est grêle, à mailles larges, contenant des cellules allongées et quelques globules blancs. Ce tissu myxomateux ne renferme pas de vaisseaux, ce qui peut expliquer le faible développement de chaque bourgeon en particulier.

Remarques. — Cette observation est une des plus intéressantes que nous ayons publiées; il s'agit, en effet, d'un cas grave de végétations ovariennes ayant même envahi le fond de l'utérus et le petit bassin, si bien qu'on dut les gratter et les enlever avec l'ongle. Comme toujours, dans ces cas, il y avait de l'ascite, nous n'avons plus besoin d'y insister.

Mais, ce qui est intéressant, c'est le développement successif d'une pleurésie et d'un abcès pelvien dans le cours de la convalescence de cette

malade. L'origine de cet abcès est fort difficile à déterminer, il est cependant probable qu'il résulte d'une asepsie incomplète des fils utilisés pour lier les pédicules des kystes.

Quoi qu'il en soit, la malade guérit très bien et put, au bout de seize mois, faire un long voyage jusqu'en Bessarabie.

Là, en juillet 1886, soit près de deux ans après l'opération, elle est prise d'accidents péritonitiques, un nouvel abcès profond se forme et s'ouvre à l'extérieur. Ici la pathogénie de ce deuxième abcès est des plus obscures, et il faut peut-être invoquer un développement tardif de microbes dans le premier foyer formé après l'opération?

Enfin, notons la persistance des règles malgré l'ablation des deux ovaires, ablation qui très certainement a été incomplète, car le pédicule du côté gauche a été fait en plein tissu ovarien, nous avons déjà insisté sur ce point dans un travail spécial (1).

CORRESPONDANCE

Paris, le 27 juin 1887.

Mon cher collègue,

Le *Figaro* du 27 juin contient un entrefilet relatif à une prétendue *découverte* dont il m'attribue le mérite. Il s'agit tout simplement de l'emploi du sommeil hypnotique ou de la suggestion pour pratiquer certaines opérations chirurgicales, sans douleur et sans chloroforme, sur les sujets prédisposés.

Une observation publiée le 16 avril dernier dans la *Gazette médicale*, par mon interne M. Guinon, a été le point de départ de cette singulière erreur que rien n'autorisait.

Il n'est pas de médecin, en effet, qui ne sache que ces faits, très intéressants d'ailleurs, n'ont rien de nouveau, et que, s'ils méritent par leur rareté d'être consignés dans les recueils scientifiques, ils ne sont pas de nature à émouvoir l'opinion publique.

On ne peut donc que déplorer l'intervention toujours inopportune et souvent puérile de la presse mondaine dans des questions qui lui sont étrangères.

Elle est l'origine d'erreurs grossières pour le public, et je dois ajouter qu'elle est très désobligeante pour ceux qui (comme moi dans cette circonstance) s'y trouvent momentanément associés.

Veuillez agréer, etc.

D[r] S. Pozzi,
Agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de Lourcine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. L. Bergeon adresse une note *Sur l'action physiologique des lavements gazeux.*

« Lorsqu'on injecte dans le rectum de l'homme sain ou malade du gaz acide carbonique très pur, on peut retrouver dans les produits de l'expiration le gaz injecté, pourvu que l'opération soit faite convenablement.

« L'absorption du gaz injecté se fait vraisemblablement dès la partie inférieure du gros intestin, parce qu'on ne constate pas de distension de l'abdomen, même en poussant assez rapidement un certain volume de gaz. Nous avons très souvent fait pénétrer ainsi, sans provoquer le moindre météorisme, 2 litres à 3 litres de gaz et même plus en dix ou quinze minutes.

« L'élimination de l'acide carbonique se fait par le poumon, au fur et à mesure de

(1) *Remarques cliniques à propos de l'influence des ovariotomies doubles sur la menstruation*, in *Revue de chirurgie*, p. 953, Paris 1885.

son introduction dans le rectum, et on le retrouve en presque totalité dans les produits de l'expiration ; la ventilation pulmonaire est activée et il se produit ce que nous pouvons appeler une *véritable ventilation par le gaz acide carbonique.*

« On peut comparer cette ventilation pulmonaire à une sorte de diurèse respiratoire. L'acide carbonique paraît jouer dans la respiration un rôle analogue à celui de l'eau dans l'urine ; le gaz CO^2, en traversant nos tissus, s'imprègne des produits d'excrétion dont il doit débarrasser l'économie, et le lavement gazeux nettoie le sang veineux qu'il traverse, le poumon, les bronches et les voies respiratoires; il produit un véritable lavage du sang et des organes de la respiration.

« Mais, pour produire ces effets et surtout pour obtenir des résultats thérapeutiques, il est nécessaire, indispensable, que le gaz injecté traverse réellement le poumon et sorte par la glotte.

« Or il suffit que le gaz CO^2 ait été fabriqué avec des substances impures ou qu'il ait été renfermé un certain temps dans des ballons en caoutchouc, comme c'est le cas des appareils usités actuellement, pour voir le gaz s'accumuler dans l'intestin, produire du météorisme et des coliques. Dans ces conditions, *le gaz ne passe plus par le poumon* (voir *Bulletin de la Société de Biologie expérimentale*, t. II, p. 306).

« Il n'est pas étonnant alors qu'il ne produise plus les effets thérapeutiques désirés.

« Comme rien n'est plus difficile que de laver l'acide carbonique impur, nous recommandons l'emploi de matières irréprochables pour la production du gaz CO^2 et l'usage d'appareils en verre, comme celui que nous avons adopté, où le gaz est conduit directement dans l'intestin. Nous avons pu nous convaincre que la plupart des insuccès thérapeutiques signalés coïncident avec des coliques dues à l'usage d'appareils défectueux ou de gaz impurs. »

— L'Académie a reçu les ouvrages suivants :

Vaccine-Vaccination, par le docteur E. Longet. (Présentée par M. le baron Larrey.)

Essais de bibliographie médicale, par le docteur L.-H. Petit. (Présenté par M. le baron Larrey.) (Renvoi au concours Montyon, médecine et chirurgie).

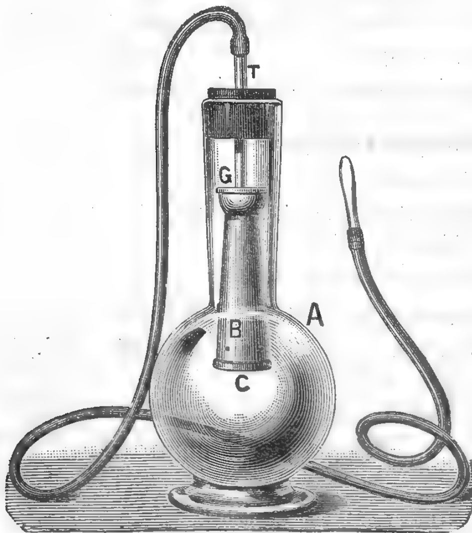
Appareil temporo-sus-maxillaire des animaux vertébrés, par M. A. Lavocat.

Premières recherches sur la localisation et la signification des alcaloïdes dans les plantes, par L. Errera, docteur Maistriau et G. Clautriau.

Manuel de conchyliologie et de paléontologie conchyliologique, par le docteur Paul Fischer. (Présenté par M. Gaudry.)

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France, etc. ; T. XVI (année 1886).

Appareil pour pratiquer les injections gazeuses.



M. Cornil a présenté à l'Académie de médecine, au nom du docteur Faucher, un appareil pour pratiquer les injections gazeuses suivant la méthode du docteur Bergeon.

Cet appareil construit chez M. Collin se compose :

1° D'un flacon *A* qui reçoit l'eau sulfureuse et un paquet de bicarbonate de soude ;

2° D'un réservoir *B* que l'on emplit de bisulfate de soude; ce réservoir est fixé à un tube de dégagement qui traverse un bouchon de caoutchouc fermant l'appareil ;

3° D'un tube de caoutchouc terminé par une canule.

Pour faire fonctionner l'appareil, on fait plonger la partie inférieure du réservoir

dans l'eau alcaline en poussant la tige *T*. Le dégagement du gaz s'opère lentement ; il pénètre dans l'intestin lorsque la pression est devenue suffisante.

Si l'on veut arrêter le dégagement du gaz, on soulève le réservoir hors de l'eau en tirant sur la tige *T*.

Le fonctionnement de l'appareil est donc automatique : le dégagement du gaz est assez lent pour ne pas donner de distension, la quantité en est réglée par la dose des sels employés; les malades peuvent facilement manœuvrer eux-mêmes l'appareil.

Cet instrument a été essayé dans le service du docteur Lecorché, où un malade s'en est servi près de trois mois et a présenté une notable diminution de la toux et de l'expectoration.

M. Cornil a constaté aussi à l'hôpital combien était facile la manœuvre de cet appareil.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La folie chez les nègres. — Le *New-York medical Journal* démontre par d'éloquents arguments statistiques que la folie fait aux États-Unis d'effrayants progrès chez les nègres qui, avant leur émancipation, semblaient avoir le privilège d'échapper aux maladies mentales. Le passage trop prompt de l'état d'esclave à celui d'homme libre est, suivant l'auteur (M. Buchanan) la principale cause d'aliénation. Ces nègres en effet, non préparés par l'instruction et l'éducation à l'usage de la liberté, se sont adonnés à tous les vices et notamment à l'alcoolisme, ce facteur si important de la folie. Les formes cliniques les plus fréquentes chez les nègres aliénés sont le délire des persécutions, le délire des grandeurs avec impulsions homicides ; la tendance au suicide est, par contre, très rare.

Ch. S.

COURRIER

Institut Pasteur. — *Le Journal Officiel* vient de publier la 93e liste de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur ; elle s'élève à la somme de 12,810 fr. 95, ce qui donne un total à ce jour de 1,836,939 fr. 79.

École pratique (2, rue Vauquelin). — Conférence jeudi 7 juillet, à quatre heures (Laboratoire de physique). L'hématoscopie. — Méthode d'analyse du sang basée sur l'emploi du spectroscope. — Exposé et démonstration de la méthode par M. le docteur A. Hénocque.

Bulletin bibliographique.

Quatre observations cliniques intéressantes, par M. le docteur Ripoll, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Toulouse.

Cet ouvrage se trouve à Toulouse, chez Donladoure-Privat.

Traitement chirurgical de l'ongle incarné, par le docteur Stocquart.

Cet ouvrage se trouve à Bruxelles, chez F. Hayez, imprimeur de l'Académie royale d Belgique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimer ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide pendant les derniers mois,

Par H. Stapfer, ex-chef de clinique de la Faculté.

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET OBSERVATIONS.

Les deux premiers temps du travail (amoindrissement et engagement) s'exécutent d'ordinaire pendant la grossesse. Il est de règle qu'à une époque plus ou moins rapprochée du terme, le fœtus, coiffé du segment inférieur de l'utérus, descende par une de ses extrémités dans l'excavation pelvienne, lorsqu'il n'existe aucun obstacle.

On admet, en général, que cette descente se fait graduellement, et qu'une fois faite, elle demeure acquise.

Les conséquences pratiques de cette opinion sont que, plus la région est engagée, plus l'expulsion est proche, et qu'il suffit d'avoir constaté la descente au huitième ou neuvième mois pour attendre le travail sans inquiétude et affirmer que la présentation ne changera pas.

Je crois que l'engagement est parfois très profond dès le sixième mois sans la moindre menace d'expulsion. Cet engagement très profond peut devenir nul. Dans certaines conditions, la descente est graduelle et subsiste jusqu'à la fin de la grossesse avec des variations négligeables. Dans d'autres, elle est rapide, presque instantanée et varie, d'un jour à l'autre, d'une quantité souvent considérable. La région fœtale remonte alors du périnée au détroit supérieur, pour redescendre du détroit supérieur au périnée.

Le fait est assez commun, à mon sens.

Le docteur Thevenot ayant eu l'occasion de constater par l'exploration directe l'engagement rapide, l'a expliqué par la contraction des *muscles utéro-pelviens pendant la grossesse et pendant le travail* (1).

Pour démontrer que les ligaments utérins font pénétrer dans l'excavation la région fœtale coiffée par le segment inférieur de l'utérus, le docteur Thevenot s'appuie sur deux faits cliniques observés pendant l'accouchement, sur un troisième constaté pendant la grossesse et sur la disposition anatomique des ligaments, dont la structure musculaire a été démontrée par Rouget. Voici les faits cliniques :

1° Une *secondipare* était arrivée à la fin du huitième mois. Les membranes se rompirent prématurément. Le volume de l'utérus, déjà petit, fut diminué encore par l'écoulement du liquide amniotique. Il y avait quelques contractions, mais faibles et très espacées. On arrivait difficilement sur le segment inférieur et sur le col d'une longueur de 2 centimètres environ. Le troisième jour qui suivit l'accident, trois jours pendant lesquels la patiente

(1) Paris, Masson, 1882. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

avait été maintenue rigoureusement dans le décubitus dorsal, les contractions s'accentuèrent, *la tête coiffée du segment inférieur se rapprocha du détroit; puis, sous l'influence de quelques contractions plus fortes, en moins de dix minutes, la pointe de l'ovoïde descendit profondément dans l'excavation.*

2° Une dame à terme de son *quatrième enfant* perdit les eaux pendant le sommeil à cinq heures du matin. A huit heures, on trouvait, par le palper, la tête dans la fosse iliaque gauche; on n'arrivait que difficilement, par le toucher, sur le segment inférieur. Les contractions étaient faibles, indolores. La tête fut repoussée vers le détroit supérieur, et la patiente maintenue dans le décubitus dorsal. A neuf heures, *les contractions s'accentuèrent et se rapprochèrent sans devenir douloureuses et, en moins de vingt minutes, la tête descendait dans l'excavation* et s'arrêtait à une distance qui, du point le plus déclive du sommet au ligament triangulaire, était de 3 centimètres. Le mouvement de descente ne s'acheva qu'à la dilatation complète.

3° M[me] X... est enceinte pour la troisième fois. Sur six mois et demi de grossesse, elle en a passé cinq au lit ou sur une chaise longue..... A cette époque, les docteurs Thevenot et Napias constatent l'engagement de la tête dans le petit bassin. Cet engagement, précoce chez une multipare, ne peut être attribué, dit l'auteur, à l'élasticité de la paroi abdominale, puisque M[me] X... était multipare et restait couchée. Dans cette position, l'action de la paroi était presque supprimée. L'imminence constante d'un avortement ou d'un accouchement prématuré surexcitait les muscles utérins et péri-utérins. Des contractions indolores, mais perçues par la malade au point d'être gênantes, et constatées par les docteurs Thevenot et Napias, avaient fait descendre avant le temps la tête dans l'excavation.

M. Thevenot communiqua son travail à la Société de médecine de Paris. M. Budin confirma l'exactitude de ses remarques par une observation dont il avait été singulièrement frappé et qu'expliquaient les idées de son collègue sur le rôle des ligaments ronds. Depuis, il a publié le fait dans ses *Recherches d'obstétrique et de gynécologie* (1). Voici cette observation résumée :

Une femme *secondipare* entre à la Clinique. Elle est enceinte de sept mois et trois semaines, à en juger par la date de l'accouchement et le poids de l'enfant. La tête est *profondément engagée* le 12 novembre. Le 14, elle est *mobile au détroit supérieur*. On constate un rétrécissement du bassin. Le 30, *la tête se réengage* à la suite de vives douleurs. Celles-ci cessent et *la tête remonte* le 2 décembre. Le 7, *la tête est dans l'hypochondre droit*. Le soir du même jour, culbute de fœtus, *tête au détroit supérieur*, où elle reste jusqu'au 18 décembre, date de l'accouchement.

A cette observation, M. Budin, dans son livre, en ajoute une autre dont je donne ici l'abrégé :

Une *primipare, dont les parois abdominales ont conservé leur tonicité et leur élasticité,* est enceinte d'un enfant qui se présente par l'extrémité pelvienne décomplétée, mode des fesses. Le siège est profondément engagé, et reste engagé du 30 octobre, époque de l'entrée, au 23 novembre, époque de l'accouchement. Le 17, M. Budin avait tenté la version par manœuvres externes. Avec deux doigts introduits dans le vagin, l'opérateur était par-

(1) Paris, O. Doin, 1886.

venu à soulever le siège, mais la *contraction utérine* le fit redescendre. On sentait le siège qui repoussait les doigts. A deux reprises, cette sensation de descente fut perçue.

De tels faits peuvent paraître, *à priori*, extraordinaires à des accoucheurs expérimentés et excellents observateurs, parce qu'ils n'en ont jamais vu de semblables. Cependant, ils sont non seulement très réels, comme le prouve la compétence des auteurs et l'exactitude de la relation: mais, à mon avis, ils ne sont pas exceptionnels. Si l'on n'en a pas cité un plus grand nombre, c'est que leur constatation exige un concours de circonstances qui ne se rencontre pas souvent.

Pendant mon clinicat, j'avais pris l'habitude de faire chaque semaine l'examen complet de toutes les femmes enceintes couchées au dortoir, et dont la grossesse était physiologique. Parmi ces femmes, il en est qui restent longtemps dans la maison avant d'accoucher. Chacune avait sa feuille sur laquelle était consigné le résultat fourni par le palper, par l'auscultation et par le toucher. De plus, à un certain moment, le toucher dit officiel, c'est-à-dire l'enseignement des élèves, me contraignit à examiner la même femme jusqu'à trois et quatre fois par semaine.

Je n'avais nullement l'intention de contrôler les faits cités par M. Thevenot et par M. Budin. Le souci du service, la crainte de laisser échapper une mauvaise présentation ou quelque fait intéressant m'avaient déterminé à multiplier mes examens. Le hasard, ou plutôt la comparaison des notes prises à chaque exploration d'une même femme, attira mon attention *sur les variations du degré d'engagement de la région fœtale et sur la rapidité de la descente dans le pelvis et de l'ascension au détroit supérieur.*

Je donne ici le résumé succinct de mes notes prises au jour le jour. Les termes que j'emploie pour expliquer le degré d'engagement doivent être interprétés de la façon suivante :

Quand la tête ou le siège sont au-dessus ou au niveau du bord supérieur de la symphyse, je dis, me plaçant au point de vue clinique, que l'*engagement* est *nul*. Si l'occiput ou la fesse antérieure sont à 1 ou 2 centimètres au-dessous du bord supérieur de la symphyse, je dis qu'ils sont *amorcés*. S'ils atteignent le bord inférieur de la symphyse, je dis que l'*engagement* est *moyen*. S'ils dépassent de 1 ou 2 centimètres le ligament triangulaire, l'*engagement* est *profond*. S'ils touchent le périnée, l'*engagement* est *très profond*. Nombreux, je le répète, sont les faits dans lesquels je n'ai noté que des nuances, mais je citerai seulement ceux dans lesquels l'écart a été considérable ou brusque.

Obs. I. — H... E..., 34 ans, entrée le 12 décembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 19. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 9 avril.

Le 12 décembre 1885. — O I G A. Tête amorcée.

Le 13. — O I D P. Engagement profond.

Le 14. — O I D P. Engagement nul.

Le 20. — O I G A. Tête amorcée.

Le 24. — O I G A. Engagement profond.

Le 27. — O I D P. Engagement moyen.

Le 3 janvier 1886. — O I G A. Amorcement.

Le 10. — O I D P. Engagement moyen.

Obs. II. — G... C..., 23 ans, entrée le 21 décembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 1. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 2 avril.

Le 21 décembre 1885. — O I D P. Engagement profond.

Le 24. — O I D P. Tête amorcée.
Le 27. — O I D P. Engagement très profond.
Le 3 janvier 1886. — O I G A. Engagement profond.

Obs. III. — H... M..., 30 ans, entrée le 5 novembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 7. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies à la fin de janvier (??).
Le 5 novembre 1885. — O I G A. Engagement profond.
8. — O I D A. Engagement moyen.
Le 9. — Matin : S I D P. Engagement nul. Le jour du toucher officiel, j'ai examiné cette femme suivant mon habitude, après les élèves, pour contrôler leur diagnostic. Je ne puis donc affirmer que les élèves n'aient pas bousculé le fœtus en palpant avec rudesse ; quoi qu'il en soit, la mutation n'eût pas été possible, si la tête n'était pas d'elle-même sortie de la cage pelvienne où elle paraissait emprisonnée la veille et l'avant-veille. — Soir : O I G A. Engagement profond.
Le 15. — O I G A. Engagement très profond.
Le 21. — O I G A. Engagement moyen.
Le 27. — O I D A. Engagement profond.
Le 29. — O I G A. Engagement profond.
Le 6 décembre. — O I G A. Engagement profond.
Le 11. — O I G A. Engagement profond.
Accouchement le 12 décembre. O I G A. L'enfant pèse 3,500 grammes.
Le bassin de cette femme était vaste. La tête conservait une mobilité relative, quel que fût le degré d'engagement.

Obs. IV. — M... K..., 23 ans, entrée le 30 novembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 13. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 25 février.
Le 30 novembre 1885. — O I G A. Tête amorcée.
Le 1er décembre. — O I D P. Tête amorcée.
Le 2. — O I G P. Engagement profond.
Le 6. — O I D P. Tête amorcée.
Le 11. — O I G P. Engagement profond.
Le 12. — O I G P. Tête amorcée.

Obs V. — C... V..., 24 ans, entrée le 17 novembre 1885 à la clinique, service des femmes enceintes, n° 18. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies vers le 15 février.
Le 17 novembre 1885. — O I D P. Engagement nul.
Le 20. — O I D P. Engagement profond.
Le 22. — O I D P. Amorcement.
Le 27. — O I D A. Engagement moyen.
Le 29. — O I D P. Tête amorcée.
Accouchement le 3 décembre d'un fœtus qui pèse 2,800 grammes. La tête est restée mobile quel que fût le degré d'engagement.

Obs. VI. — B... M..., 38 ans, entrée le 17 novembre 1885 à la Clinique, service des femmes enceintes, n° 19. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 12 février.
Le 17 novembre 1885. — O I D P. Egagement profond.
Le 20. — O I D P. Engagement profond.
Le 22. — O I D P. Tête amorcée.
Accouchement le 29 novembre. O I D P. Fœtus de 3,400 grammes. La tête n'a jamais été mobile, même lorsqu'elle était à peine amorcée.

Obs. VII. — D... J..., 24 ans, entrée à la Clinique le 3 novembre 1885, service des femmes enceintes, n° 8. *Multipare*. Bassin normal. Dernières règles finies le 7 mars (?).
Le 3 novembre 1885. — O I D P. Engagement très profond.
Le 9. — O I G A. Engagement profond.
Le 11. — O I G P. Amorcement.

Le 15. — O I G P. Engagement profond.

Elle est envoyée chez une sage-femme pour y accoucher.

Obs. VIII. — B... Ville. *Multipare.* Bassin normal. Dernières règles finies le 7 mars. Accouchement probable du 6 au 25 décembre.

Le 14 novembre. — Engagement très profond.

Le 16. — Tête amorcée.

Accouchement le 4 décembre. Ma cliente me dit qu'elle a senti l'enfant descendre le 14, puis remonter le 16. Elle m'avait fait appeler le 14 parce qu'elle craignait d'accoucher. Je lui avais affirmé qu'il n'y avait pas de travail; mais, pour la rassurer, j'avais passé la nuit du 14 au 15 chez elle. Voici quelles ont été ses paroles le matin du 17 : « Je vois bien que vous aviez raison, et que je n'accoucherai pas; mon ventre, qui s'était réduit à rien il y a trois jours, est plus gros que jamais. » En effet, la tête qui touchait le périnée le 14 novembre, pointait à peine derrière le bord supérieur de la symphyse, ballottant comme un morceau de glace.

La même sensation a été décrite par la femme qui fait le sujet de la première observation du docteur Budin.

Obs. IX. — B... A..., 19 ans, entrée le 19 décembre à la Clinique, service des femmes enceintes, n° 3. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Parois abdominales sans fermeté. Vergetures des seins. Bassin normal. Dernières règles finies le 24 mars.

Le 19 décembre 1885. — O I D P. Engagement moyen.

Le 20. — O I D P. Engagement très profond.

Le 21. — O I D P. Engagement nul.

Obs. X. — F... B..., 23 ans, entrée le 11 novembre 1885 à la Clinique, service des femmes enceintes, n° 12. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Varices des membres inférieurs et des grandes lèvres. Œdème. Dernières règles finies le 6 février 1885.

Le 11 novembre 1885. — O I D P. — Engagement profond.

Le 12. — O I D P. Engagement profond.

Le 13. — O I D P. Amorcement.

Le 15. — O I D P. Engagement profond.

Le 17. — O I D P. Engagement profond.

Accouchement le 18. Enfant pesant 2,780 grammes.

Obs. XI. — M... D..., 24 ans, entrée le 8 décembre 1885 à la Clinique, service des femmes enseintes, n° 10. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Œdème. Varices. Sacrum accessible. Dernières règles finies le 7 mars.

Le 8 décembre 1885. — O I G A. Amorcement.

Le 9. — O I G A. — Amorcement.

Le 13. — O I G A. Engagement très profond.

Le 20. — O I G A. Engagement profond.

Le 21. — O I G A. Amorcement.

Obs. XII. — S... R..., 23 ans, entrée à la Clinique le 21 novembre 1885, service des femmes enceintes, n° 6. *Primipare.* Tissus de mauvaise qualité. Nombreuses varices. Œdème de la jambe droite. Bassin normal. Dernières règles finies le 22 février 1885 (?).

Le 21 novembre 1885. — O I G P. Engagement moyen.

Le 24. — O I G P. Amorcement.

Le 29. — O I G P. Engagement moyen.

Le 6 décembre. — O I D P. Engagement très profond.

Le 7. — O I G P. Amorcement.

Le 13. — O I G P. Engagement très profond.

Le 20. — O I G A. Engagement moyen.

Le 24. — O I D P. Engagement très profond.

Obs. XIII. — H... J..., âgée de 16 ans, entrée le 8 décembre 1885 à la Clinique, service des femmes enceintes, n° 14. *Primipare.* L'état des tissus n'est pas mentionné. Basssin normal. Dernières règles finies le 1er mars.

Le 8 décembre 1885. — O I G A. Engagement moyen.

Le 13. — O I C A. Engagement moyen.

Le 18. — O I G A. Tête amorcée.

Pendant qu'on touche la femme et qu'on constate l'amorcement, la tête s'engage et descend sur le plan du ligament triangulaire. Le surlendemain, un quatrième examen fait constater un engagement profond.

Obs. XIV. — C. ., 22 ans, entrée à la Clinique le 5 décembre 1885, service des femmes nº 12. *Primipare*. Tissus de mauvaise qualité. Varices. Bassin normal. Ignore la date des dernières règles.

Le 5 décembre 1885. — O I D P. Tête amorcée.

Le 6. — O I G P. Engagement très profond.

Le 7. — O I D P. Amorcement.

Le 13. — O I D P. Engagement très profond.

Le 16. — O I G P. Engagement moyen.

Le 20. — O I D P. Engagement profond.

Le 21. — O I D P. Engagement moyen. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Le vertige nasal, par le docteur Joal (du Mont-Dore).

Voici les conclusions de cet intéressant mémoire :

1º Il existe un vertige nasal, véritable vertigo a naso læso.

2º Il appartient au groupe des vertiges réflexes et doit prendre place à côté des vertiges gastrique, laryngé, utérin.

3º L'irritation des filets du trijumeau, innervant la muqueuse des cornets et celle de la cloison, est la cause du vertige et des autres névroses nasales.

4º L'excitation du trijumeau se transmet par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin aux nerfs vaso-moteurs, d'où anémie circonscrite du cerveau et vertige.

5º Les affections qui donnent lieu au vertige sont : 1º les fluxions nasales (odeurs, vapeurs irritantes, tabac à priser, foins au moment de la floraison); 2º les coryzas aigus; 3º le catarrhe chronique, surtout dans sa forme hypertrophique; 4º les polypes muqueux; 5º le catarrhe de l'arrière cavité nasale.

6º Le vertige est provoqué surtout par les affections nasales offrant peu de gravité.

7º Les réflexes nasaux se développent principalement chez des individus arthritiques.

8º Le vertige peut se montrer isolément ou être accompagné d'autres phénomènes nerveux : troubles de la vue, mouches volantes, hémicranie, nausées, vomissements, grande excitabilité, hypochondrie, paresse intellectuelle, cauchemars, toux spasmodique, crises dyspnéiques, sécrétions exagérées, syncopes, faiblesse du pouls, pâleur de la face.

9º Pour établir le diagnostic, il faut examiner les fosses nasales de tout individu éprouvant du vertige.

10º La recherche du vertige nasal diminuera sensiblement le nombre des cas de vertiges goutteux, rhumatismal, anémique, congestif, ainsi que de névropathie cérébro-cardiaque.

11º Le vertige cesse avec la guérison de l'affection nasale qui lui a donné naissance.

REVUE DES JOURNAUX

L'acide carbonique dans les salles d'inhalations du Mont-Dore. — L'acide carbonique est un des agents thérapeutiques contenus dans les vapeurs des salles d'inhalations du Mont-Dore. S'y trouve-t-il en quantité suffisante pour qu'on soit en droit de lui attribuer une part dans l'excitation de la nutrition et la sédation des troubles de la

respiration si avantageusement obtenues au Mont-Dore? Le docteur J. Nicolas, médecin à cette station, a voulu s'en assurer, et le résultat du dosage pratiqué par lui ne laisse pas de doutes à cet égard. L'acide carbonique existe dans l'air des salles d'inhalations dans la proportion de 62 dix-millièmes, proportion quinze fois plus grande que celle contenue dans l'air atmosphérique. Les malades qui font dans les salles du Mont-Dore une séance de vingt minutes à une heure, absorbent de un à trois litres et demi d'acide carbonique. Des expériences précises comme celles du docteur Nicolas sont un heureux complément de nos connaissances sur le Mont-Dore. (*Annales de médecine thermale*, 5 juin 1887.) — R.

Hémoglobinurie. — A la fin d'une fort intéressante étude sur l'hémoglobine, le docteur Silberman formule les conclusions suivantes :

1° L'hémoglobinémie et l'hémoglobinurie constituent un processus pathologique où les globules blancs du sang sont intéressés comme les globules rouges.

2° L'hémoglobine dissoute dans le sang détruit les globules blancs et détermine ainsi, un notable accroissement dans la quantité du ferment fibrineux.

3° Cet accroissement du ferment peut encore se produire sans destruction des globules blancs, par soustraction à ces globules d'une certaine quantité de substance protoplasmique qui contribue ainsi à la formation du ferment fibrineux.

4° Une grande quantité de ce ferment, né de l'hémoglobine dissoute dans le sang, s'est-elle produite ? Il peut en résulter une thrombrose fatale, ou tout au moins une stase excessive des veines abdominales, cause d'une anémie cérébrale mortelle.

5° Si l'action de l'hémoglobine est moins intense, il se produit une moins grande quantité de ferment ; la stase veineuse est par conséquent moindre, quoique toujours considérable.

6° L'élimination de l'hémoglobine par voie rénale s'effectue principalement dans les tubuli contorti.

7° Si, cependant, par suite du trouble général de la circulation, l'épithélium des glomérules était endommagé, l'hémoglobine serait éliminée aussi par les corpuscules de Malpighi.

8° Les convulsions qui surviennent dans l'hémoglobinémie doivent être considérées comme anémiques et non comme urémiques.

9° La fièvre qui s'observe dans l'hémoglobinurie est causée par la présence d'une grande quantité de ferment fibrineux circulant dans le sang.

Béri-béri. — Le docteur Villette vient de publier (*Br. medic. Journal*) un remarquable travail sur le béri-béri. Il l'a résumé lui-même dans les conclusions suivantes :

1° Le béri-béri sévit fréquemment sur le personnel des prisons et les agglomérations soumises à un régime analogue.

2° C'est une maladie contagieuse et endémo-épidémique. Son origine est obscure, mais elle dépend très probablement d'une alimentation insuffisante ou défectueuse.

3° Le béri-béri revet trois formes cliniques principales : 1° la forme paralytique et atrophique ; 2° la forme hydropique, hydrémique et œdémateuse ; 3° enfin une forme mixte composée du mélange des deux premières.

4° Ce syndrome est la manifestation d'une myélite aiguë. Quand les nerfs moteurs ont atteints, c'est la forme paralytique qui apparait ; la forme œdémateuse est la conséquence de la paralysie des vaso-moteurs.

° Le béri-béri est une maladie, à caractère propre, qui a jusqu'à jour déconcerté la thérapeutique. Aussitôt que le mal est déclaré et reconnu, il faut isoler le malade et le soumettre aux règles de la plus stricte hygiène. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Plaies pénétrantes du crâne par armes à feu. — Rapport sur deux observations

d'abcès de la fosse ischio-rectale traités et guéris sans incision de l'intestin; discussion. Éléphantiasis des os de la face. — Nouvel hystéromètre.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la discussion sur les plaies pénétrantes du crâne, M. Verneuil rappelle que, mercredi dernier, il a cité deux cas de ce genre dans lesquels la guérison a eu lieu et persiste encore, malgré la présence des projectiles dans la cavité crânienne. A ces deux cas, il peut aujourd'hui en ajouter trois autres, qu'il a relevés depuis dans ses notes.

Premier cas : Un jeune homme, s'exerçant dans un tir, reçoit au milieu du front une balle de revolver; il tombe aussitôt dans le coma et meurt au bout de douze heures.

Deuxième cas : Un jeune homme se tire un coup de revolver derrière l'oreille; la plaie pénètre dans le crâne au niveau de la rainure digastrique. Avant l'entrée du blessé à l'hôpital, dans le service de M. Verneuil, un confrère, mû par cette rage d'exploration malheureusement trop fréquente en pareil cas, avait déjà introduit dans le trajet de la balle un stylet qui s'était enfoncé de 12 centimètres sans rien rencontrer. M. Verneuil se contenta de laver la plaie avec soin et, pour cela, il détacha, d'un coup de bistouri, le pavillon de l'oreille, afin de mettre à découvert le conduit auditif, qui fut nettoyé avec un liquide antiseptique, puis rempli d'iodoforme ; le tout fut recouvert d'un pansement antiseptique, après que le pavillon de l'oreille, simplement décollé, eût été remis en place. Malhenreusement tous ces soins ne servirent de rien, car, deux heures après, le malade était mort.

Troisième cas : Un homme atteint depuis longtemps de paralysie générale, voulant en finir avec la vie, se tire deux coups de revolver sur le front. Il est transporté à l'hôpital; M. Verneuil se borne à faire un lavage et un pansement antiseptique. Les deux plaies se cicatrisent; mais, deux mois après, le malade rentrait à l'hôpital avec une méningo-encéphalocèle qui s'était formée au niveau de la cicatrice, et qui, s'étant enflammée et perforée, amena la mort. A l'autopsie, on trouva les deux projectiles dans le lobe antérieur du cerveau.

Ainsi, sur les cinq cas de plaies pénétrantes du crâne observées jusqu'ici par M. Verneuil, et traités par la non-intervention, il y en a deux dans lesquels l'intervention ne pouvait aboutir à aucun résultat, puisque les blessés sont morts en quelques heures; il y a un cas dans lequel le blessé a vécu deux mois; enfin, il y a deux cas dans lesquels les blessés ont survécu et vivent encore, bien que les projectiles soient restés dans la cavité crânienne.

M. Monod annonce qu'il déposera prochainement sur le bureau de la Société de chirurgie trois cas analogues à ceux de M. Verneuil. Les deux premiers ont été observés à l'hôpital Saint-Antoine. L'un est des plus remarquables. La balle avait pénétré dans le cerveau, à travers l'orbite gauche d'où l'œil avait été expulsé. Il y eut des accidents cérébraux, une aphasie absolue annonçant que la balle avait blessé la troisième circonvolution frontale. Cependant, chose remarquable, la parole se rétablit et le malade recouvra la santé.

Le deuxième cas eut une issue non moins heureuse. Le blessé s'était tiré dans la tête quatre coups de revolver; une seule balle fut retrouvée, le malade a guéri.

Enfin, dans un troisième cas où M. Monod a été appelé, conjointement avec M. Verneuil, à donner des soins au blessé qui avait une balle dans la tête, le malade n'avait pas perdu connaissance. Il existait une perforation considérable de la fosse temporale. Il ne fut fait aucune tentative d'extraction ni d'exploration. Cinq jours après l'accident, le malade semblait être en bonne voie, lorsqu'il fut pris tout à coup d'hémiplégie et succomba rapidement.

En somme, dit M. Monod, dans ces trois faits, deux sont favorables à la non intervention.

— M. Horteloup fait un rapport sur deux observations de M. le docteur Bazy, relatives à des abcès de la fosse ischio-rectale guéris, sans incision de l'intestin, par l'incision simple avec lavage antiseptique et drainage. Les sujets, chez lesquels le doigt introduit dans le rectum percevait nettement la fluctuation, ont guéri sans fistule et la guérison se maintient depuis plusieurs années. En conséquence, l'auteur de ces obser-

vations croit pouvoir soutenir, contrairement à l'opinion exprimée par M. Reclus dans un récent travail, que les abcès de la fosse ischio-rectale peuvent être traités par la simple incision, sans recourir d'emblée à l'opération de la fistule à l'anus, c'est-à-dire à l'incision du sphincter, laquelle expose à l'incontinence des matières fécales et retarde la guérison.

M. le rapporteur fait avec détails l'historique de la question du traitement des abcès de la marge de l'anus, et cite les opinions opposées de Foubert, de Faget, etc, qui, au siècle dernier, ont conseillé et pratiqué l'un l'incision simple, l'autre l'incision large de la muqueuse décollée et du sphincter, recommandée de nouveau, dans ces derniers temps, par Chassaignac, Trélat, Verneuil, etc. En ce qui le concerne, M. Horteloup estime que la question n'est point encore vidée et que sa solution réclame de nouvelles observations.

M. Berger dit qu'il a eu l'occasion dernièrement d'opérer un diabétique atteint de phlegmon de la fosse ischio-rectale. Il se borna à pratiquer une incision antéro-postérieure de la marge de l'anus à la pointe du coccyx, et son malade a guéri parfaitement sans fistule et sans incontinence.

M. Reclus rappelle que la méthode de Foubert ou de l'incision simple a prévalu pendant longtemps et qu'elle était couramment pratiquée par Gosselin; mais il faut reconnaître aussi que cette méthode s'est montrée souvent impuissante, et que plusieurs malades traités ainsi ont dû, après un temps plus ou moins long de guérison apparente, subir une opération plus large et plus complète d'après la méthode de Faget, qui consiste à couper le sphincter et toute la portion décollée de la muqueuse rectale.

Avec la plupart des chirurgiens contemporains, M. Reclus considère cette dernière opération comme la méthode de choix. Il a eu plusieurs fois l'occasion de constater dans sa pratique d'hôpital et dans sa clientèle civile l'insuffisance de la simple incision.

Il pense que les abcès décrits par M. Bazy comme des abcès de la fosse ischio-rectale, n'étaient que des abcès appartenant à la catégorie que M. Reclus propose de désigner sous le nom d'abcès sous-tégumentaires, et qui ont leur siège entre le sphincter et la muqueuse rectale. Suivant lui, les vrais abcès de la fosse ischio-rectale sont très rares. Ils doivent toujours être traités par l'incision large du sphincter et de la muqueuse décollée. Les abcès sous-tégumentaires peuvent guérir par l'incision simple, bien qu'il soit préférable d'inciser aussi la muqueuse décollée. Mais, lorsqu'ils ne sont pas d'origine purement inflammatoire et qu'ils se manifestent sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, il convient de pratiquer un large débridement et de cautériser ensuite énergiquement les parois avec le thermocautère, pour prévenir la formation d'une fistule.

M. Terrier a fait, il y a sept ans, à la Salpêtrière, chez une femme atteinte d'abcès de la fosse ischio-rectale, une longue incision, suivie du grattage de la poche qui a guéri rapidement sans qu'il ait été nécessaire de fendre le sphincter. La guérison s'est maintenue depuis cette époque. M. Terrier a pratiqué cette même opération plusieurs fois, et avec succès, sans être obligé de recourir à l'incision de l'intestin.

M. Trélat est partisan de l'ouverture de l'intestin toutes les fois que l'abcès remonte le long des parois de cet intestin. Il considère ce procédé comme le plus sûr et tout aussi expéditif, au point de vue de la guérison définitive, que la simple incision.

Il ne nie pas, d'ailleurs, qu'il soit possible d'obtenir, dans certains cas, la guérison par cette dernière méthode, comme le pense M. Bazy, de même que l'on voit le rectum abaissé à la suite d'une extirpation de cet intestin se réunir aux tissus voisins.

En résumé, M. Trélat se déclare partisan de l'incision de l'intestin dans toute la hauteur du décollement de la muqueuse, et sa conviction ne résulte pas seulement de l'enseignement de ses maîtres, mais encore et surtout des faits de sa propre expérience et de sa pratique personnelle.

M. Horteloup estime que, lorsque l'on a ouvert un abcès de la marge de l'anus par l'incision simple, la malade reste toujours sous le coup d'une récidive.

— M. le docteur GUINARD lit une observation d'éléphantiasis de la face et montre la malade qui est le sujet de cette observation.

— M. TERRIER présente, au nom de M. le docteur Caulet (de Saint-Sauveur) un nouvel hystéromètre.

— M. le docteur PRENGRUEBER, chirurgien des hôpitaux, lit un travail basé sur une observation de plaie pénétrante du crâne avec séjour d'une balle de revolver entre la dure-mère et l'os.

Le malade, sorti guéri de l'hôpital, est mort, trois mois après, d'un abcès du cerveau développé au niveau du point contusionné par le projectile.

Quant aux parties avoisinant ce même projectile, elles n'avaient subi aucune altération.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 31 MAI AU 30 JUIN 1887.

Mardi 31 mai. — M. Panas : Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée. (Président, M. Panas.) — M. Dutremblay : Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope. (Président, M. Cornil.)

Mercredi 1er juin. — Pas de thèses.

Jeudi 2. — M. Gouzien : Topographie médicale de l'île de Sein (Finistère). (Président, M. Jaccoud.) — Mme Conta : Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants et de ses conséquences au point de vue de l'accouchement. (Président, M. Lannelongue.) — M. Fourtoul : Aperçu sur le climat et la pathologie de la Guyane. (Président, M. Cornil). — M. Allot : Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire dans la tuberculose pulmonaire. (Président, M. Cornil.) — M. Allin : L'eau potable et la fièvre typhoïde. (Président, M. Cornil.)

Vendredi 3. — M. Bouquet : Clou de Biskra. (Président, M. Fournier.) — M. Tscherning : La loi de Listing. (Président, M. Gariel.)

Samedi 4 et lundi 6. — Pas de thèses.

Mardi 7. — M. de Nesslern : Contribution à l'étude de l'influence de l'alcool sur la pepsine. (Président, M. Brouardel.) — M. Camus : Du traitement radical du cancer du gros intestin par la colectomie avec entérorrhaphie après laparotomie. (Président, M. Le Fort.)

Mercredi 8. — M. Grenet : De la sarcomatose rectale. (Président, M. Trélat.) — M. Martel (Félix) : Ether iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 9. — Pas de thèses.

Vendredi 10. — M. Rouffet : De l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde à l'hôpital maritime de Cherbourg. (Président, M. Potain.) — M. Nicoletis : Opération de Récamier. Indications et contre-indications. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 11. — M. Martel (Charles) : De la phlébite dans le rhumatisme blennorrhagique. (Président, M. Cornil.) — M. Gaud : De la rétinite brightique sans albuminurie. (Président, Dieulafoy.)

Lundi 12. — Pas de thèses.

Mardi 14. — M. Bordes-Pagès (Alfred) : De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale. (Président, M. Peter.) — M. Fauvel (Julien) : De la phlébite aiguë des sinus de la dure-mère. (Président, M. Jaccoud.)

Mercredi 15. — Pas de thèses.

Jeudi 16. — M. Morel : Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Quelques observations de formes anormales. (Président, Peter.) — M. Caravias : Recherches sur l'antipyrine. (Président, M. G. Sée.) — M. Fauvel : Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou situés dans l'espace thyrohyoïdien. (Président, M. Panas.) — M. Rivière : Traitement des cataractes congénitales molles par l'extraction linéaire simple opposée à la discision. (Président, M. Panas.)

Vendredi 17. — Pas de thèses.

Samedi 18. — M. Mangin : La médecine en Annam. (Président, M. Cornil.) — M. Chabanet : Tubage de la glotte. (Président, M. Proust.)

Lundi 20 et mardi 21. — Pas de thèses.

Mercredi 22. — Mme de Hérodinof : Essai sur les myélo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires diffuses ou disséminées. (Président, M. Charcot.) — M. Frottier : De l'onyxis septique. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 23. — M. Rouxel : Quelques réflexions sur l'application de la chirurgie conservatrice dans le traitement des fractures ouvertes. (Président, M. Le Fort.) — M. Jocqs : Tumeurs du nerf optique. (Président, M. Panas.)

Vendredi 24. — Pas de thèses.

Samedi 25. — M. Jourdan : Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde dans les pays chauds. (Président, M. Peter.) — M. Samson : Quelques paralysies partielles viscérales dans la paralysie générale. (Président, M. Ball.)

Lundi 27. — Pas de thèses.

Mardi 28. — M. Meyer : Contribution à l'étude de la scarlatine hémorrhagique. (Président, M. Laboulbène.) — M. Gauvry : De l'action de l'eau chaude sous forme d'injections sur l'utérus, pendant la gestation et le travail de l'accouchement. (Président, M. Laboulbène.)

Mercredi 29. — M. Durruty : Herpès oculaire. (Président, M. Fournier.) — M. Dutauzin : Contribution à l'étude de l'étiologie et des symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 30. — M. Dentu : Essai sur une cause de rétention des membranes. (Président, M. Tarnier.) — M. Monclar : Viburnum prunifolium; ses indications en obstétrique. (Président, M. Tarnier.) — M. Sanchez : Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. (Président, M. Cornil.) — M. Toupet : Des modifications cellulaires dans l'inflammation simple. (Président, M. Cornil.)

FORMULAIRE

POTION AVEC L'HYPNONE. — C. Paul.

Hypnone	6 gouttes.
Glycérine	2 grammes.
Looch blanc	50 —

F. s. a. une potion à prendre en une fois, au moment de se coucher, pour provoquer le sommeil. — Dans quelques cas seulement, le réveil s'accompagne d'une très légère pesanteur de tête. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les questions traitées au dernier Congrès international de statistique de Rome ont été les suivantes :

La consommation comme mesure du bien-être des individus, des familles et des nations (docteur Engel). — De la fécondité des mariages (M. Kaier). — Etude de l'état du mouvement de la population en France au XVIIIe siècle (M. Levasseur). — Des moyens de développer la statistique historique (M. Inama Sternegg).

Les savants qui représentaient les principales contrées de l'Europe étaient :

Pour l'Italie : MM. Grimaldi et Magnani, ministres, plusieurs députés et sénateurs.

Pour la France : Léon Say, Levasseur, Gérard, de Foville, Juglard, Vacher, Yvernès, Cheysson, Loua, Bertillon, etc.

Pour l'Angleterre : Sir Rawson, Palgrave, Craigie, etc.

Pour l'Allemagne : Engel, Lexis, Wagner.

Pour l'Autriche : Inama Sternegg, Neumann-Spallard, Korosi, etc.
Enfin M. Brods pour la Suède et Norvège.

Ch. S.

COURRIER

Samedi dernier, banquet, à l'Hôtel Continental, pour fêter la nomination du professeur Bouchard à l'Institut. Jeudi prochain, au *Lion d'Or* (rue du Helder), banquet pour fêter celle du professeur Verneuil.

Inutile de citer des noms parmi ceux qui sont venus serrer la main du savant professeur de pathologie générale, car *tout le monde était venu.* Tout le monde viendra également pour féliciter l'éminent chirurgien, et les mêmes sentiments de sympathie qui nous font accourir en foule autour des meilleurs d'entre nous pour célébrer leurs succès, nous feront oublier, jeudi prochain comme samedi dernier, la mauvaise nourriture et les horribles vins qui sont les côtés sombres de ces brillantes réunions.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juin 1887, il est institué auprès du ministre du commerce et de l'industrie un comité chargé d'assurer la participation de la France au Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (section d'hygiène).

— M. le docteur Berthet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est nommé médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-Lancy.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sabattier (de Védène), aide-major de première classe aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam.

— Madame Church, docteur en médecine, qui a visité à différentes reprises les principales cliniques de l'Europe, notamment celles de notre Faculté de Paris, vient d'être nommée professeur de gynécologie à l'Université de Boston.

La Faculté n'aurait pu faire un choix plus digne.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimer ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 5 juillet 1887. — Le 12 avril 1886, le « très honorable » Joseph Chamberlain, membre du Parlement, président du Local gowernment Board, nommait une commission d'enquête sur le traitement de la rage par la méthode de M. Pasteur. Cette commission était composée de MM. James Paget, *président;* Victor Horsley, *secrétaire;* Lauder Brunton, George Fleming, Joseph Lister, Richard Quain, Henry Roscoe, J. Burton Sanderson.

« Afin de répondre aux diverses questions comprises dans l'enquête, plusieurs membres de la commission et M. Victor Horsley, secrétaire, se transportèrent à Paris, auprès de M. Pasteur lui-même, afin d'observer sa méthode de traitement et d'étudier un nombre considérable de personnes inoculées par lui. En outre, M. Horsley fut chargé de faire une série d'expériences minutieuses sur les résultats d'inoculations sur les animaux.

« Les expériences de M. Horsley confirment complètement la découverte de la méthode de M. Pasteur, méthode capable de protéger les animaux contre l'infection rabique. »

Ainsi parle le rapport de la commission d'enquête que M. Pasteur a déposé, au commencement de la séance, sur le bureau de l'Académie, en déclarant que la lecture de ce rapport lui avait causé la joie la plus pure qu'il ait éprouvée dans le cours de sa carrière scientifique.

Mais les joies les plus pures sont bien rarement sans quelque mélange d'amertume. C'est M. Peter qui s'est chargé de verser dans la coupe de lait et de miel offerte à M. Pasteur par la commission anglaise les quelques gouttes d'absinthe traditionnelles. Nos lecteurs trouveront au compte rendu de la séance les paroles échangées entre M. Peter et M. Pasteur. Ce libre échange de paroles amères semble devoir se continuer dans la prochaine séance. Du moins M. Peter, qui voulait protester séance tenante contre le jugement d'incompétence porté contre lui par M. Pasteur, ayant été empêché de le faire, a dû différer sa réplique jusqu'à mardi prochain. Il est fort probable que l'affaire se terminera par un simple monologue de M. Peter, M. Pasteur ayant déclaré très nettement qu'il ne consentirait à discuter désormais qu'avec des adversaires compétents, c'est-à-dire ayant fait des expériences d'inoculation de virus antirabique conformément à sa méthode.

Nos félicitations à M. Ollivier, qui a été élu par 58 voix sur 71 votants membre titulaire de la section d'hygiène publique.

La discussion relative au surmenage s'est continuée par un discours de M. Colin (d'Alfort), qui a traité de la physiologie et de la psychologie du surmenage, et par quelques courtes observations de M. Maurice Perrin sur l'*asthénopie accommodative* dont les symptômes ressemblent à ceux de la céphalalgie du surmenage et sont souvent pris pour elle. — A. T.

Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide pendant les derniers mois (1),

Par H. Stapfer, ex-chef de clinique de la Faculté.

Obs. XV. — M... M..., 19 ans, entrée à la Clinique le 4 janvier 1886, service des femmes enceintes, n° 22. *Primipare*. Tissus (?). Bassin normal. Dernières règles finies vers le 15 avril.

Le 4 janvier 1886. — O I G A. — Tête amorcée. Un quart d'heure après, la femme ayant eu plusieurs contractions indolores, je trouve la tête profondément engagée.

Le 8. — Engagement moyen.

Le 10. — Engagement profond.

Cette femme se plaignait lorsqu'elle est entrée. Les douleurs ont été constatées le 9, et le travail s'est fait régulièrement après le dernier examen.

Obs. XVI. — P... A..., 27 ans, entrée à la Clinique le 24 décembre 1885, service des femmes enceintes, n° 3. *Primipare*. Bassin normal. Dernières règles finies dans les premiers jours d'avril. Elle souffre depuis la veille au soir.

Le 24. — O I G A. Amorcement. Quelques instants plus tard, sous l'influence de contractions indolores incessantes, la tête descend sur le périnée.

Accouchement le 25 décembre.

Obs. XVII. — V... C..., *primipare*, âgée de 40 ans, entrée le 25 novembre 1885, service des femmes en couches, n° 10. Elle se plaint de douleurs. Bassin normal. Dernières règles terminées le 24 février. La qualité des tissus n'est pas mentionnée.

Le 25 novembre 1885. — O I G P. Engagement moyen.

Le 27. — O I G P. Amorcement.

Le 29. — O I D P. Amorcement.

Le 4 décembre. — Matin : O I G P. Engagement nul. Grande mobilité. — Soir : O I G P. Amorcement.

Pendant qu'on l'examine, l'utérus se contracte sans que la femme souffre, et en quelques instants l'engagement devient tellement profond qu'on peut à peine introduire le doigt entre l'occiput et le périnée. Le col de l'utérus, situé à gauche, était comprimé et ramolli au point d'être difficile à distinguer. Orifice en cupule des primipares. Quand les contractions cessent, on peut soulever aisément la tête.

Le 5. — O I G P. Engagement profond. Contractions douloureuses. Rupture des membranes.

Le 6. — O I D P. Engagement moyen.

Le 7. — O I G P. Engagement très profond. Douleurs continuelles. A cinq heures un quart, col effacé, orifice de la grandeur d'une pièce de deux francs. A six heures et demie, un fœtus de 3,570 grammes est sur le lit.

Obs. XVIII. — P..., Ville. *Primipare*. Tissus d'excellente qualité. Bassin normal.

A six mois de grossesse, la tête est sur le périnée. Je ne connaissais pas encore les variations de l'engagement. Aussi cet abaissement profond et précoce me fait-il craindre un accouchement prématuré. Je demande qu'on me prévienne si les douleurs surviennent et se font sentir avec quelque persistance. La grossesse continue son cours; la tête remonte de temps en temps, pour redescendre, et remonter encore, sans que ces variations soient assez importantes pour être notées. Les mouvements s'exécutent entre le bord inférieur de la symphyse et le périnée.

L'accouchement devait se faire du 2 au 19 janvier. Il eut lieu le 30 décembre. L'enfant ne pesait que 2,600 grammes. Travail extraordinairement rapide, avec d'atroces douleurs. La dilatation et l'expulsion durèrent deux heures. L'involution utérine se fit avec une rapidité non moins extraordinaire. L'utérus, le sixième jour, dépassait la symphyse de deux petits travers de doigt. Tranchées.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juillet 1887.

Obs. XIX. — S..., Ville (1886). *Primipare.* Tissus de bonne qualité. Bassin normal. Du sixième au septième mois, le fœtus se présente par l'extrémité pelvienne qui proémine dans l'excavation. Je ne m'en préoccupe en aucune façon, ce genre de présentation étant normal à cette époque de la grossesse.

Au huitième mois, engagement profond du siège. Tentative de version par manœuvres externes. Insuccès. Deuxième tentative dans les mêmes conditions. Nouvel insuccès. Je songe alors à tirer parti des variations du degré d'engagement. Mon idée, si ces variations vont d'un extrême à l'autre, c'est-à-dire de l'engagement très profond à l'amorcement, est de saisir le moment où le siège serait en haut pour le soulever et le faire glisser dans une fosse iliaque. En réponse à mes questions, ma cliente m'apprend que le volume du ventre diminue à certains moments où elle se sent tout à fait à l'aise, qu'il augmente à d'autres, ce qui lui cause une grande oppression avec douleur plus ou moins vive dans l'hypochondre droit. Tout cela est fort net. Evidemment, l'utérus et son contenu remontent; la tête du fœtus exerce alors une pression douloureuse sur la région du foie. Reste à savoir si, à ce moment, l'ascension est suffisante pour que le siège soit délogeable. Il est convenu que je serai prévenu dès que « l'enfant sera remonté? »

Peu de jours après, on m'appelle. Je constate l'ascension du fœtus; mais, bien qu'amorcé seulement, le siège n'est pas mobile. Je ne réussis pas à le pousser dans la fosse iliaque. Les manœuvres déterminent les contractions et la région fœtale s'abaisse jusqu'au ligament triangulaire.

Une quatrième tentative est faite la semaine suivante. D'abord j'espère réussir, car le segment inférieur reste mou, et l'engagement ne se prononce que lorsqu'on appuie sur l'extrémité céphalique pour la ramener en bas. J'arrive à pousser le siège dans la fosse iliaque gauche; mais je ne puis abaisser la tête au delà du flanc droit, quoiqu'il n'y ait point de contractions. Je m'arrête par prudence. Quelques minutes plus tard, ma cliente me dit que l'enfant descend. L'utérus était contracté, le segment inférieur dur et profondément engagé.

L'accouchement eut lieu la semaine suivante. Présentation du siège complet. Enfant vivant pesant 3,900 grammes. Brièveté accidentelle du cordon. Trois circulaires. Je me félicite de m'être arrêté au milieu de ma dernière tentative de version. Je me demande si, en d'autres circonstances, elle n'aurait pas réussi.

Je pourrais multiplier les observations; d'autres seront données au cours de cette étude, mais les notes qui précèdent suffisent à prouver que, dans certaines conditions, le degré d'engagement de l'utérus gravide, coiffant un des pôles de l'ovoïde fœtal, varie au jour le jour pendant les dernières semaines de la grossesse. Ces variations peuvent être légères et partant négligeables en pratique; mais elles sont quelquefois considérables et dignes d'attention.

Il me reste à chercher les causes de ces variations et leurs conséquences cliniques.

Je n'étudie pas les cas dans lesquels la descente ne se fait jamais, ou ne se fait qu'à grand peine et pendant le travail, les cas où il y obstacle définitif; tels sont : les rétrécissements prononcés du détroit supérieur, les tumeur de l'utérus ou de l'excavation, l'hydrocéphalie et les malformations fœtales, les présentations définitives de l'épaule dues à une forme spéciale de l'utérus, la petitesse du fœtus flottant dans un excès de liquide, etc. J'étudie les cas où la région fœtale peut descendre et descend, puis remonte, redescend et remonte encore.

Pour comprendre les causes de ces variations et leur fréquence, il suffit de se rendre un compte exact des forces qui *déterminent* l'engagement, des forces qui le *maintiennent*, des conditions qui le *favorisent* ou l'*entravent*.

II

FORCES QUI DÉTERMINENT L'ENGAGEMENT.

Engagement a pour synonymes descente et abaissement.

Ce phénomène est la conséquence d'un *mouvement de translation* de tout le globe utérin et d'une *élongation du segment inférieur*.

L'accommodation étant possible, la descente se fait ou tend à se faire.

Deux forces la déterminent :

A. La contraction des ligaments.

B. Les pressions.

A. *Ligaments*. — Les ligaments larges, ronds, cervico-sacrés, qui relient l'utérus aux parois du bassin, contiennent un grand nombre d'éléments musculaires dont l'existence a été démontrée par Rouget. Ces éléments s'hypertrophient et deviennent très apparents pendant la grossesse (Sappey), ils s'étalent en membranes dans les ligaments larges. Ils se réunissent en faisceaux dans les ligaments ronds. La partie supérieure de ce faisceau s'épanouit sur le fond de l'utérus qu'elle enserre comme une fronde.

Le docteur Thevenot, auquel j'emprunte cette comparaison, croit que dans le phénomène de l'engagement les ligaments agissent par leur contractilité, et les appelle, pour cette raison, muscles utéro-pelviens.

Cette conception me paraît juste. L'utérus gravide ressemble à un ballon gouflé dans son filet. Le filet représente le surtout péritonéal, large membrane musculaire dont les fibres périphériques se réunissent en cordes qui se fixent au pourtour de l'excavation. Les deux principales cordes sont les ligaments ronds. Quand toutes ces fibres se contractent, elles tirent l'insertion mobile (fond de l'utérus) vers l'insertion fixe (parois osseuses), et l'utérus descend dans l'excavation comme le ballon descend vers le sol quand on tire sur les cordes du filet.

On le voit, je me rallie, à l'exemple du docteur Budin, aux idées du docteur Thevenot sur le rôle des muscles utéro-pelviens. Leur contraction doit être considérée comme une des forces qui déterminent l'engagement.

Quelle autre explication donner de l'abaissement qu'on remarque dans les premiers temps de la grossesse quand il y a menace d'avortement? en dehors de la grossesse, au moment des règles chez certaines femmes (Jacquemier)?

Velpeau, cité par M. Thevenot, dit que ces cordes se développent pendant la grossesse, rougissent et se contractent d'une façon si évidente parfois qu'il put faire apprécier ce phénomène, en trois occasions, par plusieurs personnes, au moment où la matrice se resserrait pour chasser le délivre. Enfin, la contraction des ligaments utérins est une des meilleures interprétations qu'on puisse donner des observations I, II (Thevenot), XIII, XV, XVI, XVII (Stapfer) dans lesquelles la région fœtale coiffée du segment inférieur s'est abaissée du détroit supérieur au fond de l'excavation, *sous le doigt de l'explorateur*, la femme étant couchée? Je ne donne pour preuves que les faits dans lesquels le maximum de la descente a été constaté; mais ils mettent en valeur ceux dans lesquels on n'a constaté que des nuances, et qui, par suite, n'étaient pas à l'abri de la critique. Enfin, ils démontrent la réalité d'une sensation qu'éprouvent les femmes multipares et qu'elles expriment ainsi : « Depuis *hier*, depuis *ce matin*,

depuis *une heure*, mon ventre est tombé; auparavant, il était toujours élevé. »

La descente de l'utérus se fait à toute époque de la grossesse lorsque l'organe se contracte avec un peu d'énergie. Il n'est pas rare de trouver le col au voisinage de la vulve dans les premiers mois quand il y a menace d'avortement. Dans les derniers mois, on peut observer une sorte d'engagement périodique, toutes les fois que s'accentue l'irritabilité de la fibre musculaire.

J'ai eu l'occasion de constater le fait sur une femme que j'ai examinée deux fois par semaine à partir du cinquième mois. Il s'agissait d'une primipare qui restait toujours étendue, et dont les parois abdominales n'avaient aucune résistance. Les contractions indolores de l'utérus habituellement modérées devenaient, par moments, persistantes, énergiques, surtout à l'époque où les règles seraient apparues hors de la gestation. Cet état pouvait durer quelques jours. Chaque fois la région fœtale s'engageait. Le siège est ainsi descendu jusqu'au périnée. Puis le segment inférieur remontait. Au moment physiologique de la culbute du fœtus, l'occiput s'est substitué au pelvis.

Les variations du degré d'engagement se sont manifestées jusqu'à la fin de la grossesse; les sensations de la femme s'accordaient avec les résultats de l'examen direct. « Aujourd'hui, disait-elle, mon enfant est remonté dans l'estomac; hier il était tellement bas que j'ai cru qu'il allait sortir; mon ventre était toujours dur; j'en étais gênée. » En effet, on trouvait la région fœtale élevée, les jours où l'utérus se laissait manipuler sans réagir, et au contraire basse, lorsqu'il durcissait à la moindre tentative de palpation.

Comment expliquer cela, si, avec les auteurs, on attribue la descente à la pesanteur, au développement tardif du segment inférieur, à la nécessité pour la matrice de chercher une place dans l'excavation quand la cavité abdominale est devenue trop petite pour le contenir? Ces idées, qui renferment une part de vérité, sont nées de la théorie de l'engagement graduel se faisant dans les derniers mois chez les primipares; dans les derniers jours, chez les multipares; mais, comme on l'a vu, l'engagement n'est pas toujours graduel, il est parfois instantané, il est soumis à des variations incessantes, et il survient à toute époque de la grossesse.

Ce n'est pas la contraction du globe utérin seul qui agit, car, comme l'a fort bien dit le docteur Thevenot : « Les contractions d'une poche musculaire ne peuvent pas lui imprimer un mouvement de translation. » Il faut que les ligaments interviennent et tirent le globe utérin vers le fond de l'excavation.

Les divers faits cités, I, II, III (Thevenot), I (Budin), XV, XVI, XVII (Stapfer) prouvent que *la puissance contractile des ligaments est en raison directe de la puissance contractile de l'utérus*; mais ils ne prouvent pas que les ligaments seuls agissent. En effet, si la descente est causée par un mouvement de translation de tout l'utérus, puisque le fonds de cet organe est d'autant moins élevé dans la cavité abdominale que le segment inférieur est plus abaissé vers le périnée, cependant la descente ne consiste pas seulement en un mouvement de translation, elle consiste encore dans une élongation du segment inférieur, phénomène à étudier.

B. *Pressions.* — Leur rôle est important. Elles sont exercées par la pesanteur et par la poussée fœtale, et déterminent la descente, soit par le mou-

vement de translation de tout l'utérus, soit par l'élongation du segment inférieur. Elles ne peuvent être séparées des conditions qui favorisent ou entravent l'engagement, et seront étudiées au paragraphe qui traite de l'élasticité utérine. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

A propos de l'hémi-rhumatisme.

La Société médico-pratique de Paris, dans la séance du 28 mars dernier, entendit la lecture par M. le docteur Cazalis d'un travail intitulé : « Note nouvelle sur l'hémi-rhumatisme avec observations. » Ce travail vient d'être reproduit par l'*Union médicale* du 21 juin.

Il s'agit « d'établir que, chez les deux tiers peut-être des malades affectés de *rhumatisme chronique simple*, on peut observer au début, et pendant fort longtemps, une prédominance plus ou moins marquée des manifestations arthritiques sur un côté du corps, le plus souvent sur le côté droit, etc., etc. »

Pour appuyer « cette notion toute nouvelle de l'hémi-rhumatisme », l'auteur cite deux observations, dont l'une se rapporte au côté droit et l'autre au côté gauche.

La première, empruntée à M. le professeur Verneuil qui en avait fait l'objet d'une lecture au Congrès de Blois, en 1884, a trait à une malade atteinte de tumeurs périostiques qui embarrassèrent longtemps l'éminent chirurgien et firent, à plusieurs reprises, hésiter son diagnostic. Cette malade, âgée de 44 ans, de bonne constitution et présentant, dit le rédacteur, toutes les apparences de la santé, a été successivement tourmentée par des angines réitérées, une pharyngite granuleuse, une attaque violente de rhumatisme mono-articulaire aigu au coude *gauche*, d'une dyspepsie à retours fréquents, d'un zona du côté droit, d'une hyperesthésie cutanée, de dermatoses circonscrites rebelles (on ne dit pas de quel côté), d'un fibrome utérin; d'une névralgie occipitale rebelle, du côté droit, accompagnée d'une fièvre à type intermittent irrégulier; de douleurs intenses ayant les caractères de la névralgie thoraco-brachiale, avec irradiation dans le sein correspondant (à droite) et rétraction du mamelon, qui fit même redouter un cancer au début; sur le même membre, d'une tuméfaction douloureuse, très dure, sans changement de couleur à la peau, adhérente à l'os et mesurant environ 7 centimètres sur 5; d'une autre tumeur analogue sur la tempe droite; d'une autre proéminence encore sur la face externe de la branche horizontale *gauche* de la mâchoire inférieure; d'un gonflement superficiel de la face interne du tibia vers le tiers supérieur de la jambe droite.

Le rédacteur fait remarquer qu'en même temps que le bras droit était pris, le bras *gauche* fut le siège d'une éruption cutanée rebelle, en relation peut-être avec l'emploi journalier et sans doute excessif de l'hydrate de chloral. A la suite de toute ces misères, il se déclara « un état nerveux prononcé » qui fut combattu par le valérianate d'ammoniaque; les fonctions digestives se dépravèrent à ce point que la malade fut envoyée à Vichy.

Dans cette longue énumération de symptômes, que j'ai reproduite complètement et à dessein, le lecteur remarquera qu'il n'est pas question de *rhumatisme chronique simple*. Que si l'auteur tient à considérer les périostites comme des manifestations rhumatismales, je n'y contredirai pas, bien décidé que je suis à faire toutes les concessions possibles. Mais, de son côté, il voudra bien reconnaître qu'il a signalé lui-même « les *périostites multiples éphémères ou chroniques* comme étant *assez rares* », et qu'elles n'ont, par conséquent, avec le rhumatisme simple, que des rapports très éloignés.

« L'hémilatéralité », comme l'appelle l'auteur de la note, n'apparaît pas clairement dans cette première observation destinée à montrer que le côté droit a été seul affecté. Trois fois, en effet, les accidents siègent à gauche. Une première fois, c'est un rhumatisme *mono-articulaire* au coude *gauche*; une deuxième fois, c'est une périostite sur la

branche *gauche* du maxillaire inférieur; une troisième, enfin, c'est une éruption rebelle sur le bras *gauche.*

A propos du premier cas, l'auteur fait une réserve. Il pense que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie toute différente, et que c'est une « maladie peut-être à microbe » Le mot *peut-être* indique que l'auteur n'en est pas sûr. Je n'en suis pas sûr non plus. Cela me semble même difficile à admettre pour le rhumatisme *mono-articulaire*, à moins de supposer qu'il existe un microbe spécial pour chaque articulation.

La seconde observation, empruntée à M. le docteur Huchard, concerne une dame, née de père diabétique et de mère nerveuse et goutteuse. Elle eut successivement : une sciatique, une névralgie lombo-abdominale, une névralgie crurale, accompagnées d'arthrites sèches (?); puis, une névralgie faciale et des douleurs vagues musculaires et articulaires, toujours à gauche. Est-ce là un exemple de rhumatisme chronique simple? L'auteur expose qu'en raison de la constance des accidents au côté gauche, on pourrait penser à l'hystérie. Mais, ajoute-t-il, « ici le diagnostic est certain; les accidents ne sont pas hystériques; ils sont de nature rhumatismale ». Il me semble qu'il s'est laissé emporter un peu vite par le désir de voir confirmer la découverte qu'il croit avoir faite.

Je touche au point délicat de cette discussion. Quelque cruel qu'il soit de détruire une illusion, mon confrère me pardonnera de lui dire que l'hémilatéralité dans le rhumatisme chronique simple est une notion banale dans la station qu'il fréquente, et, probablement, dans beaucoup d'autres. Lorsque je suis arrivé — il y a vingt ans — à Aix, tous les anciens praticiens m'ont signalé le fait. C'était une tradition courante à laquelle personne, d'ailleurs, n'attachait de sérieuse importance.

Il en est de ces traditions comme de certains proverbes, ou, si l'on me permet l'expression, de certaines rengaines usitées au Palais. Elles renferment une dose de vérité, en quelque sorte indéterminée, suffisante pour l'usage commun, mais, quand on les presse à fond et qu'on essaie de les convertir en loi précise, elles s'évanouissent le plus souvent et ne laissent que si peu de chose qu'il ne vaut pas la peine d'en parler.

Il est inutile d'ajouter que cet adage ne s'applique qu'au rhumatisme chronique simple. Pour les autres formes du rhumatisme, pour le rhumatisme déformant, par exemple, on sait, depuis les travaux de Budd, de Romberg, de Charcot, de Trousseau, je devrais dire, depuis l'observation de tous les médecins, que la symétrie (?) est la règle.

L'auteur invoque le témoignage de M. le docteur Demeaux, et il appelle cet excellent et distingué confrère à l'honneur d'avoir introduit, avec lui, la notion de l'hémilatéralité dans l'histoire du rhumatisme. J'invoque le même témoignage, et j'ai pleine confiance que le docteur Demeaux récusera un honneur qui, s'il y avait lieu, devrait être reporté aux générations qui nous ont précédés dans la station.

Et puisque le nom de ce confrère si estimé se trouve sous ma plume, on me permettra de rappeler que c'est lui qui, le premier, a signalé la déformation et la déviation en dehors du gros orteil dans le rhumatisme. Après plusieurs années de discussions amicales à ce sujet, après bien des contrôles comparatifs, le docteur Demeaux, avec une bonne foi et une loyauté qui n'étonneront aucun de ceux qui le connaissent, finit par reconnaître que le fait pouvait bien être douteux. Cette déviation n'existe pas chez tous les rhumatisants, et on le trouve chez des non rhumatisants.

Je me résume. Les deux observations citées par l'auteur de la note nouvelle ne sont pas des observations de rhumatisme chronique simple; l'hémi-rhumatisme chronique simple est un lieu commun de la médecine thermale; rien n'autorise à l'ériger en loi.

P. S. — Le rôle de critique est toujours désobligeant; il l'est surtout lorsqu'il s'exerce envers un confrère que l'on voit tous les jours. Mais la critique, dépouillée de tout caractère personnel, et se renfermant dans la discussion des faits peut, il me semble, être accueillie sans ennui. Elle doit être prévue; elle est inévitable, d'ailleurs. Toute opinion émise est sujette à être controversée. C'est pour provoquer et régulariser les discussions qu'ont été fondées les Académies et les Sociétés savantes; or, le corps médical est, en somme, la plus vaste des Sociétés savantes, et les journaux médicaux, — que ne lit

guère le public, — sont comme une tribune où chacun est appelé à émettre librement et courtoisement son avis. Je ne crois pas avoir fait autre chose. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Marty comme membre titulaire dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Mialhe, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Marty prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Gibert (du Havre) et Riembault (de Saint-Etienne), récemment élus correspondants de l'Académie;

2° Des lettres de candidature de M. le docteur Bertherand (d'Alger) et de M. le docteur Gubian, pour le titre de correspondant national.

M. Brouardel présente une brochure intitulée : *Rapport sur les épidémies qui ont sévi dans le département de l'Aisne pendant l'année 1886*, par M. le docteur Blanquinque.

M. le docteur Ernest Besnier présente, de la part de M. le docteur Doyon, correspondant national, un article extrait des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, dans lequel l'auteur expose l'état actuel de la thérapeutique en ce qui concerne la syphilis.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. le docteur Widal (d'Alger) l'article Hémoptysie (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.)

2° Au nom de M. le docteur Lahillonne une brochure intitulée : *Etudes de nosologie hydro-minérale rationnelle dans les troubles de la respiration et de la circulation*.

M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau le compte rendu annuel, fait par M. le docteur Dureau, bibliothécaire de l'Académie, de la situation de la bibliothèque confiée à ses soins. Il loue le zèle avec lequel M. Dureau s'acquitte de ses fonctions, et demande que l'Académie vote à son dévoué bibliothécaire des remerciements publics. Mais, en même temps, M. le Secrétaire perpétuel déplore que les défectuosités et l'insuffisance du local actuel compromettent la conservation des trésors que cette bibliothèque renferme.

La motion de M. Bergeron, mise aux voix par M. le Président, est votée à l'unanimité.

M. Larrey demande que la question du local de la bibliothèque de l'Académie soit discutée dans un comité secret spécial. Cette proposition est adoptée.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un titulaire dans la section d'hygiène publique, etc.

Classement des candidats : Première ligne, M. Ollivier; deuxième ligne, MM. Magnan et Motet; troisième ligne, MM. Napias, Laugier et Riant.

Le nombre des votants étant de 71, majorité 36, M. Ollivier obtient 58 voix (élu); M. Magnan, 8; M. Motet, 4; M. Laugier, 1.

— M. Pasteur dépose sur le bureau le rapport de la commission anglaise de la rage rapport signé des noms les plus illustres de la science médicale en Angleterre. M. Pasteur ajoute que la lecture de ce rapport lui a procuré la joie la plus vive et la plus profonde qu'il ait éprouvée de sa vie.

M. Peter fait remarquer que depuis la séance du mois de janvier dernier, où il signala les dangers graves de la méthode d'inoculation anti-rabique intensive, cette méthode a

été notablement modifiée. Il admet que la méthode primitive et la méthode mixte, les seules employées aujourd'hui dans le laboratoire de M. Pasteur, sont inoffensives, mais, par contre, elles se montrent absolument inefficaces.

Un nouveau cas de mort par la rage vient d'être signalé chez un individu qui, le 29 mai dernier, avait été mordu par son propre chien, cautérisé au fer rouge dans une pharmacie voisine, puis inoculé deux ou trois jours après dans le laboratoire de M. Pasteur, par les aides et avec les virus pastoriens.

Or, trente-deux jours après ces inoculations, et trente-cinq jours après la morsure, cet individu est mort dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, de la rage convulsive. M. Peter fait observer que cet individu a été inoculé dans les limites de la période d'incubation de la rage, puisque cette période est, en moyenne, de quarante jours.

M. Pasteur répond que M. Peter n'a pas une compétence suffisante pour discuter la question de la valeur de sa méthode. Il lui suffit que la commission anglaise, composée des savants les plus éminents de la Grande-Bretagne, ait déclaré que sa méthode était réellement efficace et constituait une grande découverte comparable à celle de Jenner contre la variole. Parmi les nombreux médecins qui sont venus de tous les pays du monde s'instruire à son laboratoire, et qui ont fait eux-mêmes des expériences, il n'en est que trois dont les résultats n'aient pas été conformes aux siens. Or, les expériences de ces trois médecins sont toutes entachées de nullité par suite des défectuosités soit des procédés, soit des virus employés. Il n'y a d'ailleurs qu'une preuve, ainsi que l'a fort bien reconnu la commission anglaise, qui montre qu'un individu est mort de la rage, c'est l'inoculation du bulbe de cet individu à des lapins ou à des cobayes, inoculation déterminant la rage chez ces animaux.

M. Pasteur ajoute en terminant qu'il ne veut pas entrer en discussion avec le membre de l'Académie qui vient de prendre la parole sur ce sujet; il le juge absolument incompétent, parce qu'il n'a fait aucune expérience.

M. Peter demande la parole pour répondre à M. Pasteur. Mais M. le Président lui fait observer que, l'ordre du jour étant très chargé, il ne pourra lui accorder la parole que dans la séance prochaine.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le surmenage et la sédentarité dans les écoles.

M. Colin (d'Alfort) lit un discours dont voici les conclusions :

« 1° Il n'est pas nécessaire d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur la question du surmenage intellectuel; c'est chose faite.

« 2° Il n'y a pas lieu de réclamer, à ce sujet, l'intervention législative. Le ministre de l'instruction publique, grand maître de l'Université, est ou doit être investi de pouvoirs suffisants pour régler par arrêtés ou pour faire régler par décrets la durée des classes, l'étendue des cours, et pour mettre, avec l'avis du Conseil supérieur, celui des Académies et des commissions spéciales, les programmes en rapport avec les exigences de chaque espèce d'enseignement.

« 3° En tout état de cause, il y a lieu d'exprimer le vœu que l'enseignement soit réglé de façon à obtenir de la jeunesse de sérieuses études, pour maintenir à un rang élevé, digne de la France, les lettres, les sciences, les arts et toutes les professions qui relèvent la science. » (Applaudissements.)

M. Maurice Perrin demande à faire une courte remarque au sujet du discours prononcé par M. Peter dans la dernière séance.

Pour M. Peter, le surmenage scolaire occasionne une courbature cérébrale de même cause que la courbature musculaire. Parfois cette courbature s'accompagne d'épistaxis, de fièvre septique et même conduirait à la tuberculose.

M. Perrin laisse de côté ces effets généraux si graves, si complexes et dont il est bien difficile de pénétrer la cause vraie pour ne s'occuper que de la forme de courbature cérébrale la plus fréquente et qni se traduirait par de la céphalalgie et de l'inaptitude intellectuelle.

Le mal à la tête serait souvent la seule chose dont se plaindraient les surmenés; il se reproduirait au moindre essai de travail, tel que la lecture la moins sérieuse, l'étude la moins prolongée. Un autre signe qui suit de près le mal de tête, c'est l'impuissance fonctionnelle.

Dans les faits cités par M. Peter à l'appui de son opinion, il est toujours question en premier lieu du mal de tête. Une jeune personne interrogée par lui répond « qu'elle ne peut pas lire plus de deux pages sans avoir mal à la tête et sans croire que les caractères devenant pointus lui entrent dans les yeux et lui occasionnent des douleurs. »

Il serait difficile, dit M. Perrin, de peindre en traits plus expressifs les signes d'un trouble fonctionnel très fréquent, surtout pendant l'adolescence, et qui s'appelle « l'asthénopie accommodative ». C'est bien encore du surmenage si l'on veut, mais du surmenage oculaire auquel la fatigue du cerveau est étrangère.

M. Perrin ne craint pas d'être démenti en disant que ces douleurs de tête, si fréquentes pendant la période de la scolarité, sont le plus souvent sous la dépendance, soit d'un état optométrique défectueux, soit d'un défaut d'équilibre dans les mouvements des yeux, qui engendrent de la douleur, de la fatigue, un véritable vertige; en un mot, un état d'impotence fonctionnelle plus ou moins durable, mais toujours très prompt à se reproduire. La méconnaissance de ce syndrome conduit fréquemment à des erreurs de diagnostic et de traitement. On fait intervenir une complaisante anémie; on prescrit du fer, de l'arsenic, du repos, des voyages, quelquefois même de longs voyages en pure perte. Il ne manque à ces malades, pour être guéris, qu'une paire de bonnes lunettes.

La conclusion de M. Maurice Perrin est que l'on n'est pas en droit d'attribuer au surmenage intellectuel les maux de tête de l'adolescent tant que l'état optométrique de l'œil n'a pas été mis hors de cause.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Mathias Duval sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

Voici quel a été le classement des candidats proposé par la commission : En première ligne, M. Laborde; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Franck et Gréhant; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hénocque, Regnard et Rémy.

FORMULAIRE

DES USAGES DE LA SOLANINE. — Geneuil.

La solanine s'emploie dans toutes les maladies où il y a lieu de combattre l'excitation, le spasme et la douleur. L'auteur y a eu recours avec succès dans la sciatique, dans les névralgies rhumatismale, intercostale, faciale, dans le tic douloureux de la face, dans la dyspepsie, l'asthme, l'emphysème.

La dose ordinaire de solanine est de 5 à 30 centigrammes, en trois ou quatre fois dans la journée. On peut en donner d'emblée 20 centigrammes : 6 centigrammes, le matin à jeûn, 6 à midi, et 8 le soir à 6 heures. Puis, s'il y a nécessité, on arrive progressivement, dans l'espace de trois ou quatre jours, jusqu'à 40 centigrammes par jour. — On l'administre en pilules ou en cachets, de 1 à 5 centigrammes, à prendre au moment des repas ou longtemps après, en ayant soin d'avaler à la suite quelques gorgées d'eau sucrée. — Les injections hypodermiques se pratiquent avec du chlorhydrate de solanine, en solution dans l'eau distillée, depuis 1 jusqu'à 5 centigrammes, pour chaque seringue deux à quatre fois par jour. — Enfin si les injections hypodermiques ne sont pas acceptées on pose un vésicatoire, et on saupoudre le derme dénudé, matin et soir, avec un paquet de 5 à 10 centigrammes de solanine. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

On lit dans le rapport de la Commission d'enquête instituée à Londres pour étudier le traitement de la rage par la méthode de M. Pasteur :

« Les expériences de M. Horsley confirment complètement la découverte de la méthode de M. Pasteur, protégeant les animaux contre l'infection rabique...

Le virus de la moelle épinière de lapins ayant succombé à la rage inoculée, peut être progressivement affaibli ou atténué, en desséchant ces moelles d'après la méthode enseignée par M. Pasteur : de telle sorte qu'après un certain nombre de jours de dessication, elle puisse être injectée, sans aucun danger d'hydrophobie, à des lapins ou à d'autres animaux sains.

« En employant pendant une série de jours le virus de moelles desséchées pendant une période de plus en plus courte, un animal peut être mis presque complètement à l'abri de la rage, soit après morsure d'un chien ou de tout autre animal enragé, soit après inoculation hypodermique.

« L'immunité de la rage ainsi obtenue est prouvée par ce fait que, lorsqu'on expose des animaux inoculés et d'autres non inoculés à la morsure d'un même chien enragé, aucun des premiers ne succombera à la rage, tandis que tous les seconds, à de rares exceptions près, y succomberont.

« On peut donc considérer comme certain que M. Pasteur a découvert une méthode préventive de la rage comparable à celle de la vaccination contre la variole. »

États-Unis. — La lutte contre l'alcoolisme se toujours très vive aux États-Unis, mais les adversaires de l'intempérance sont parfois cruellement traités. C'est ainsi qu'un de nos confrères exerçant la médecine dans une petite ville de l'Ohio, est tombé, il y a deux mois environ, sous les balles d'un débitant de liqueurs, parce qu'il s'était signalé par son zèle en faveur du *local option*.

On nomme local option le droit que les citoyens d'un État ont ,sur certaines questions de bien public, d'un caractère plus administratif que politique, de décider que chaque comté prendra les mesures qu'il jugera utiles, agissant ainsi comme un petit État souverain.

Dans différents États de la Confédération, le local option a été appliqué au règlement de la question de l'alcoolisme.

On a même dans certaines parties adopté des mesures draconiennes. C'est ainsi que dans l'État du Maine la nouvelle loi sur la vente des liqueurs, promulguée en mars dernier, porte :

1° 250 fr. d'amende à quiconque vendra des liqueurs, plus trente jours de prison, et trente jours supplémentaires au cas où l'amende ne serait pas payée. En cas de récidive, 1,000 fr. d'amende et six mois de prison ;

2° Tout employé ou agent qui aide à violer la loi sera puni comme le principal coupable ;

3° Un homme ivre relevé dans la rue sera frappé d'une amende pouvant s'élever à 50 fr., ou enfermé pour trente jours ; chaque délit subséquent coûtera trente jours de détention.

La législature de Rhode-Island vient de voter de son côté que toute boisson dans laquelle il serait trouvé 2 p. 100 d'alcool sera tenue pour une liqueur enivrante. Le chef de la police aura à son service dix employés spéciaux, pour surveiller les infractions qui pourraient être faites à la loi nouvelle ; des arrestations pour une durée de douze heures pourront être opérées sans mandat d'amener par tous les agents de police : l'ivresse est considérée comme un délit passible d'une amende de cinquante dollars et de 10 jours de prison, et tout individu qui sera surpris vendant clandestinement des boissons, s'exposera à 5,000 dollars d'amende et un an de détention.

A Fall-River, dans le Massachusetts, les patentes de trois cents « saloons » ou cabarets de tout rang viennent d'être périmées. La nouvelle loi prohibant la vente des liqueurs fortes a été mise en vigueur. C'est 300,000 francs de recettes annuelles que cette localité sacrifie de ce chef.

Dans le Texas, on va soumettre au vote populaire un amendement à la Constitution tendant à l'introduction de mesures d'un caractère prohibitif très accentué ; mais les débitants de boissons de Louisville ont souscrit entre eux une grosse somme pour aider les adversaires de cette mesure à faire une campagne en leur faveur. (*Semaine méd.*)

— Le *Berliner klinische Wochenschrift* porte en tête de son dernier numéro le rapport de Virchow sur l'analyse qu'il a faite des parcelles de la tumeur laryngée du prince impérial. Communication en a été faite à la presse politique. Voici les dernières lignes de cette importante pièce : « Bien que cette partie ait présenté une lésion nettement accusée (*Obwohl diese Stelle eine sehr ausgeprægte Erkrankung erlitten hat*), la bonne nature du tissu permet de porter un pronostic favorable ; en est-il ainsi pour toute la tumeur ? les deux parcelles examinées ne suffisent pas à la vérité pour l'affirmer, mais rien dans leur constitution ne peut faire penser à une marche sérieuse de l'affection ». — Ch. S.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en métal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Par décret, en date du 29 juin 1887, les secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences de l'Institut de France sont autorisés à accepter, aux clauses et conditions imposées, mais jusqu'à concurrence de moitié seulement, le legs d'une somme de quarante mille francs (40,000 francs), que le sieur Martin-Damourette a fait à ladite Académie par son testament olographe en date du 3 avril 1883.

Le produit de ce legs ainsi réduit, qui sera placé en rente 3 p. 100 sur l'État français, devra être consacré à la fondation d'un prix annuel ou bisannuel de physiologie thérapeutique.

— Par arrêté, en date du 24 juin 1887, M. le docteur Gornard-Chantreau a été nommé administrateur du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juillet 1887, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le lundi 25 juillet 1887. La durée de cette session sera de cinq jours.

Les varioleux et les brulés a Paris. — Que de prescriptions, les unes inutiles, les autres ridicules, ne sont-elles pas inspirées par l'incendie de l'Opéra-Comique ? Combien de millions va-t-on dépenser pour diminuer les risques d'incendie et sauver la vie de quelques centaines de personnes ? Depuis 30 ans, il n'y a pas eu 200 victimes en France alors qu'en plein Paris, une seule maladie, la petite vérole, a fait en moins de trois mois plus de victimes (130 du 27 au 28 mai) que l'incendie de l'Opéra-Comique, avec cette différence que, quoi que l'on fasse, les théâtres continueront à brûler, tandis qu'avec une bonne loi sur la vaccine et la revaccination obligatoires on supprimerait presque complètement la mortalité par variole.

On ne saurait trop le répéter, les grandes villes allemandes ne comptent chaque année que 5 décès par variole, alors que dix villes françaises ont euregistré l'année dernière 2,707 décès ainsi répartis : Marseille, 2,051 ; Paris, 202 ; Reims, 114 ; Nice, 42 ; Bordeaux, 37 ; Besançon, 24 ; Lyon, 9 ; le Havre, 7 ; Nantes, 1. (*Lyon méd.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 juillet 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Dubuc : Trois pierres dures d'acide urique. — Lithothritie en une séance avec évacuation immédiate de la totalité des fragments. — 2. M. Trousseau : Un cas de conjonctivite diphthéritique. — 3. M. Onimus : Nouveau mode de traitement par les oxydations médicamenteuses. — 4. M. Dubrisay : Histoire d'un dégénéré. — 5. M. Pinteaud-Désallées : Observation du tétanos traumatique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Un projet d'hôpital jugé par un architecte.

C'est un malheur que nos vieux hôpitaux survivent aux vieilles idées qui les ont vus naître et aux vieux médecins qui les trouvaient à leur goût. C'est un autre malheur que presque tout, dans nos hôpitaux modernes, soit en retard sur les progrès de la science et de la pratique, et n'ait pour bases que la routine de leurs constructeurs et la sainte horreur qu'ils ont de s'éclairer auprès de nous.

Tous les architectes, heureusement, n'ont pas les mêmes idées. Il en est un qui a trouvé naturel de demander conseil à un chirurgien de ses amis. De cette idée neuve, originale, audacieuse, est sorti un projet d'hôpital de 160 lits, qui a figuré à l'Exposition annuelle des beaux-arts sous le n° 4768. Voulez-vous savoir comment il est jugé par un autre architecte?

« M. L... (A. J.). Projet d'hôpital de 160 lits. (Les services de médecine et de chirurgie sont complètement séparés.) — Le plan paraît avoir été tracé d'après les indications de médecins et de chirurgiens. Il doit être aussi agréable de faire de l'architecture avec ces collaborateurs, que de traduire le Codex en vers hexamètres. Ces sortes de travaux ont cela de terrible que, pour avoir obtenu le suffrage d'un groupe de savants, on n'a pas celui d'un autre groupe, et qu'il faut renoncer au suffrage des architectes. Il vaudrait bien mieux qu'un artiste de la valeur de M. L... pût s'en tenir à ses seuls sentiments. Tôt ou tard il obtiendrait le suffrage de tout le monde » (1).

On pourrait croire que les hôpitaux sont faits pour recevoir des malades

(1) *La Construction moderne*, 2e année, n° 33, 28 mai 1887, p. 387.

FEUILLETON

CAUSERIE

Apitoiements variés. — Guérisseur et sorcier. — La faune de la Seine.

On aura beau confectionner une nouvelle loi sur les aliénés, pour remplacer la vieille loi tant décriée de 1838, on n'en verra pas moins se renouveler par-ci par-là les incidents dont nous avons été témoins à propos de l'internement du baron Seillière. La meilleure loi du monde ne peut empêcher les hommes sensibles de prendre la défense des pauvres fous et de partir en guerre pour les délivrer, pas plus que les avis de Sancho n'ont empêché Don Quichotte de se ruer sur les moulins à vent en les qualifiant de géants terribles. Nous avons pour ces besognes une catégorie de gens qui se feraient couper en morceaux plutôt que de souffrir le moindre attentat à la liberté individuelle, et qui tous les soirs regardent sous leur lit si quelque malfaiteur ne s'y est pas glissé pour leur dérober nuitamment les Droits de l'homme et les conquêtes de la Révolution.

Si l'on enferme un fou, fût-il fou à lier, voilà nos paladins qui crient à l'arbitraire, à la séquestration, et traînent aux gémonies les médecins impliqués dans l'affaire. C'est ainsi que nos maîtres les plus autorisés ont été accusés dernièrement d'avoir fait enfer-

et pour aider les médecins à les bien traiter. Pas du tout! Faire un hôpital en prenant l'avis des médecins, c'est plus douloureux que de traduire le Codex en vers hexamètres.

Vous protestez? Vous trouvez que cet accouplement n'a rien de monstrueux; que, dans les choses médicales, l'opinion des médecins a quelque valeur; que nous pouvons, sans mettre le nez dans les pierres de taille et les murs de refend, donner de salutaires avis sur les questions de notre compétence, sur l'aménagement d'un intérieur hospitalier, sur les mesures à prendre pour que l'isolement ne soit pas un trompe-l'œil, pour que le transport des opérés, le service des salles et celui des amphithéâtres ne soient pas un perpétuel chaos. Vous trouvez même raisonnable qu'un homme dont les connaissances biologiques se bornent à croire que les microbes sont des petites bêtes qui nous rongent avec des dents très aiguës, ait assez de bon sens pour chercher auprès de nous les notions élémentaires qui lui manquent.

Erreur profonde! Et d'abord, pourquoi séparer la médecine de la chirurgie? Ne vaut-il pas mieux multiplier les rapports entre malades et opérés, encourager la diffusion de l'érysipèle par les gens de service?

Chacun sait que les groupes de savants sont très divisés : les uns veulent de la propreté, les autres de la poussière; les uns aiment les draps blancs et la bonne nourriture, les autres ont un goût marqué pour les punaises et pour les beefteaks inusables en caoutchouc, garantis deux ans. Allez-vous demander conseil à des gens qui ne peuvent pas s'entendre?

Qu'importe si les opérés meurent, si les femmes succombent après l'accouchement, si les germes de toutes les infections pullulent dans des couloirs et des amphithéâtres où l'artiste a médité longuement les moulures de ses portes et les effets de ses caryatides? Qu'importent le sort des malades et les plaintes du corps médical, si vous avez le suffrage des architectes?

Et puis, votre seul sentiment n'est-il pas là pour vous rendre compétent sur les questions que vous ignorez? Je me fais bâtir un hôtel; est-ce à moi

---

mer sans motif un homme parfaitement sain d'esprit, et ces accusations sont parties des plus hauts sommets où se juche l'opinion publique quand elle se met à courir la pretantaine. Par une condescendance bien superflue, les médecins en question ont voulu se défendre, et ont prouvé par des documents irréfutables ce qu'on savait déjà, c'est-à-dire que le baron Seillière est atteint malheureusement d'une forme d'aliénation mentale des plus graves, qui met sa vie en danger.

N'importe, la légende du fou raisonnable a fait un beau réveil à ce propos, et, pour donner satisfaction aux défenseurs du pauvre malade qui a été la cause de ce tapage, il faudrait élever devant la Salpêtrière une nouvelle statue, faisant face à celle de Pinel, et représentant MM. Charcot, Motet et Falret en train de charger de chaînes un jeune homme inoffensif. A moins que vous ne préfériez un autre monument, plus conforme à la vérité, où l'on verrait un groupe d'aliénistes mis aux fers par quelques députés de Vaucluse ou d'ailleurs.

Ces plaidoyers pour les fous sont un des modes de « l'intervention toujours inopportune et souvent puérile de la presse mondaine dans des questions qui lui sont étrangères », comme la caractérisait si bien M. Pozzi dans sa lettre de samedi dernier à notre rédacteur en chef. Mais toutes les perfections de la future loi sur les aliénés n'y feront rien; il y aura toujours des virtuoses qui pinceront de la guitare sur le martyre des fous, sur l'ignorance des médecins; c'est un phénomène qui revient périodiquement, comme reviennent dans les journaux les articles sur l'ouverture de la pêche, sur le Grand Prix, et sur les marchands de marrons.

de dire si je veux une salle de billard? Je suis le gouvernement, et je vous demande une maison d'école; n'est-ce pas votre seul sentiment qui vous apprendra l'anatomie de la colonne vertébrale et des milieux de l'œil, les conditions de la scoliose et celles de la myopie? Qu'importe que les pupitres soient penchés, que la lumière vienne de droite ou de gauche, du moment que les architectes vous approuvent? Tôt ou tard l'humanité reconnaîtra ses erreurs, et le suffrage universel acclamera M. Loviot, rédacteur de la *Construction moderne.*

On a dit que « l'administration hospitalière marcherait beaucoup mieux, s'il n'y avait ni malades, ni médecins. » L'hôpital rêvé par M. Loviot sera sans doute parfait, s'il ne doit recevoir ni médecins, ni malades.

L.-G. Richelot.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement du goître par l'acide salicylique. — On lit dans le *Bristol med. chir. Journ.*, de mars 1887, que le docteur Haven a vu, dans les cliniques publiques de Chicago, un grand nombre de goîtres notablement amendés, et même presque tous guéris, par l'injection dans le tissu de la glande, une ou deux fois par semaine, de vingt ou trente gouttes d'une solution d'acide salicylique à 5 p. 100. Pour que l'opération soit complète, il faut que l'aiguille de la seringue hypodermique pénètre à 1 ou 2 centimètres au moins dans la glande. L'opération ne produit que peu ou même point de douleur, mais seulement un peu d'engourdissement, qui ne dure que huit ou dix minutes. Dans deux cas seulement, sur cent cinquante, il est survenu des symptômes inflammatoires, qui ont cédé au bout d'un jour ou deux.

Le chlorure de sodium dans la maladie de Bright. — Le docteur Meminger (de Charleston), s'appuyant sur quatre cas qui lui paraissent concluants, recommande ce moyen de traitement, qui est relaté dans le *Bristol med. chir. Journal* de mars 1887. Il administre trois fois par jour, de deux jours l'un, avant et après chaque repas, des capsules de gélatine renfermant chacune 50 centigrammes de chlorure de sodium.

*
* *

Quand l'aliénation mentale ne donne pas, les monomanes de la liberté individuelle transportent leur zèle sur une autre classe de la société, sur les filles soumises, et c'est alors contre la Préfecture de police et le service des mœurs que sont dirigés les coups; pendant ce temps-là au moins les médecins se reposent. Ce genre d'exercice commence par un fait-divers à sensation : « Où s'arrêtera la brutalité des agents de M. Gragnon? « Jusques à quand tolérera-t-on, dans la ville la plus civilisée du monde, des faits « odieux comme celui qui s'est passé avant-hier soir sur le boulevard Sébastopol? Une « honnête mère de famille, qui venait de dîner chez sa sœur, et qui attendait l'omnibus, « a été arrêtée par des agents des mœurs, et son saisissement a été si grand en se « voyant traitée comme une femme de mauvaise vie, qu'elle a été prise d'une attaque « de nerfs épouvantable qui a nécessité son transport à l'hôpital. En présence de pareils « abus de pouvoir, l'indignation ne connaît plus de bornes, etc., etc. »

Stimulée par ces objurgations, l'autorité prescrit une enquête et on apprend que l'honnête mère de famille, victime de cette déplorable méprise, était tout simplement une cliente du service des mœurs, déjà arrêtée plusieurs fois pour scandale sur la voie publique, et qui tombe en léthargie à chaque arrestation.

Malgré ces éclaircissements, les masses intelligentes resteront persuadées que les médecins aliénistes font interner journellement, dans les maisons de santé, des gens

Il augmente graduellement le nombre de ces capsules jusqu'à ce que le malade en prenne cinq, trois fois par jour. Alors, dit-il, l'amélioration commence à se faire sentir dans l'état de l'urine et dans les conditions générales du malade. Ensuite, il suffit ordinairement de donner chaque jour six capsules. S'il survient des nausées, il prescrit l'attitude couchée, la suspension momentanée du médicament, et une ou deux pilules altérantes (*alterative;* il n'en donne pas la formule). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 juin 1887. — Présidence de M. FRAIGNIAUD.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues habituels;

Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique, t. VI, n° 12, et t. VII, n° 2;

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs Filleau et Léon Petit, 2e année, n° 2;

Circulaire du Congrès d'hygiène qui doit se réunir au Havre les 5 et 6 août prochains.

Correspondance manuscrite : Lettres de remerciements de MM. les docteurs Berne et Doléris, nommés membres titulaires.

— M. Antonin MARTIN lit une observation de *dissimulation de maladie par un enfant de 10 ans*. (Sera publié.)

M. GILLEBERT DHERCOURT : M. Martin voit-il, dans ce cas, une simulation? Il me semble qu'il ne s'agit que d'un gros mensonge.

M. DE BEAUVAIS : Je suis de l'avis de M. Gillebert Dhercourt. L'enfant a-t-il expliqué la production du paraphimosis?

M. Ant. MARTIN : Il a fini par avouer que c'était le résultat de la masturbation.

M. PERRIN : Comme membre de la Commission scolaire du IIIe arrondissement, je vois presque tous les mois un certain nombre de parents qui, pour expliquer les man-

de la plus grande lucidité, et que les agents des mœurs passent leurs soirées à arrêter des rosières.

* * *

Les mêmes masses, de plus en plus intelligentes, et pleines de défiance contre les médecins, se font soigner par des sorciers, non seulement dans les régions goîtreuses des Basses-Alpes, mais jusqu'aux portes de Paris. Un nommé Gilmant, qui traitait les conjonctivites par la sorcellerie à Aubervilliers, a été dénoncé par un malade ingrat qui lui a procuré trois mois de prison. Je ne jurerais pas que le sorcier n'ait point trouvé quelque défenseur pour déclarer sa condamnation monstrueuse, et se faire représenter comme un bienfaiteur méconnu de l'humanité. Son traitement pour les maux d'yeux consistait à faire asseoir le patient entre deux cierges, à côté d'un crucifix, et à lui faire avaler des liquides sur lesquels les esprits avaient opéré. Outre cette médication interne, il y avait un traitement local; la femme du malade devait aller dans la campagne, après dix heures du soir, pour y chercher des crapauds vivants qu'elle appliquait ensuite sur les paupières de son mari.

Ces cataplasmes de batraciens ayant beaucoup empiré le mal, ce fut le commissaire de police qui mit fin à la cure en arrêtant le sorcier. Mais quand je vous disais que le sorcier aurait ses partisans! Il en a eu au moins un, et le plus imprévu : le malade lui-même, qui a absolument refusé de répondre aux questions du juge d'instruction, et ne voulait pas porter plainte; c'est sa femme qui a tenu bon et fait condamner le sor-

quements à l'école de leurs enfants, accusent les maîtres de les avoir frappés. Presque toujours l'enquête révèle la fausseté absolue de ces accusations, auxquelles il serait fâcheux d'attacher une trop grande importance.

M. Delasiauve rappelle que Bourdon et Lasègue ont attiré l'attention sur la facilité avec laquelle les enfants mentent et inventent les romans souvent les plus compliqués.

— M. Reliquet lit un mémoire sur les *rétrécissements péniens compliqués de cowpérite*. (Sera publié.)

— M. Dubuc : Je demande à signaler à la Société l'avantage qu'il y a à employer, dans le cas d'hydrocèle ou de kyste spermatique, une solution de cocaïne en injection dans la tunique vaginale ou la poche kystique, avant de faire l'injection de teinture d'iode (1).

Le malade chez lequel j'ai eu recours à ce procédé était un vieillard de 77 ans, porteur d'une tumeur liquide de la bourse gauche, qui avait commencé à se manifester quatorze mois auparavant et qui présentait un volume un peu moindre que les deux poings réunis. On y sentait nettement de la fluctuation; mais la transparence était difficile à percevoir. Pourtant, je m'étais assuré qu'elle existait réellement, quoique très faible. Le testicule, qui n'était pas distinct de la tumeur, semblait en occuper la partie postéro-inférieure.

J'avais diagnostiqué une hydrocèle avec épaississement du feuillet pariétal de la vaginale. En cela j'avais commis, ainsi qu'on le verra plus loin, une légère erreur, difficile à éviter.

Le patient redoutait la douleur de l'opération; il n'était pas éloigné de réclamer le chloroforme; je lui promis de lui épargner toute souffrance un peu vive, au moins pendant l'opération, grâce à l'emploi de la cocaïne.

Je formulai la solution suivante :

Eau distillée	30 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 30 centigr.
Acide borique pur	0 gr. 90 —

L'acide borique, que je fais toujours entrer dans les solutions de cocaïne employées par moi, a pour but de les rendre, autant que possible, aseptiques; il permet, dans

(1) J'ai fait une communication verbale sur ce sujet à la Société médicale du IXe arrondissement, dans sa séance du 9 juin 1887.

cier; aussi, conseillerais-je aux sorciers de ne pas employer les femmes de leurs clients à récolter des crapauds dans la campagne après dix heures du soir; cette partie du traitement semble avoir mis de mauvaise humeur la femme qui faisait la chasse aux crapauds, tout en laissant plein d'indulgence et d'aveuglement l'homme qui s'en couvrait les yeux.

Presque en même temps que le sorcier d'Aubervilliers voyait interrompre par la police correctionnelle sa carrière d'ophthalmologiste, un guérisseur autrefois célèbre comparaissait aussi devant la justice pour une peccadille étrangère à l'exercice illégal de la médecine : un chien qui avait mordu deux enfants. C'est le fameux zouave Jacob qui venait répondre de ce délit de blessures par imprudence. Vous rappelez-vous l'apparition au temps jadis du zouave Jacob, et le bruit énorme qui se fit autour de ses guérisons miraculeuses? De très grands personnages d'alors, si mes souvenirs sont exacts, ont consulté Jacob, qui joignait à sa qualité de zouave celle de premier trombone dans la musique de son régiment. Zouave et trombone! Quelle heureuse combinaison pour frapper les esprits! quelle double et puissante source d'influence sur les malades! Le trombone eut sans contredit une grande part dans la vogue et les succès du zouave Jacob, car on peut appliquer à ce cuivre ce que Schaunard disait de la contrebasse : « C'est un instrument philosophique, il rend des sons graves. »

Jacob n'usait d'ailleurs ni de cierges, ni de médicaments ensorcelés, ni de crapauds; il a fort bien exposé son procédé au président, qui l'interrogeait sur ses antécédents médicaux : « Je me contentais de regarder les gens bien en face et de leur dire :

tous les cas, de les conserver longtemps à l'état limpide, tandis que, autrement, elles se troublent assez rapidement.

L'opération eut lieu le 21 avril 1887. La ponction faite, il sortit un liquide non pas citrin, comme je m'y attendais, mais trouble, lactescent, ressemblant pour l'aspect à une solution de sirop d'orgeat; il y en avait 400 grammes. Je reconnus que j'avais affaire, au lieu de l'hydrocèle que j'avais supposée, à un volumineux kyste spermatique dans le liquide duquel je constatai, au microscope, une quantité innombrable de spermatozoïdes, encore animés de mouvements bien nets plus d'une heure après l'opération.

Le liquide lactescent évacué, j'injectai dans la poche kystique la solution de cocaïne dont la formule est inscrite ci-dessus. J'eus soin de bien établir le contact de cette solution avec les différents points de la poche; au bout de huit minutes, je la fis sortir et, immédiatement après, je la remplaçai par l'injection de teinture d'iode (eau, 40 gram.; teinture d'iode, 40 grammes; iodure de potassium, 1 gr. 50).

Pendant les six minutes de la présence de l'injection dans la cavité kystique, le malade, très pusillanime, n'accusa aucune douleur.

Le but que je m'étais proposé, de rendre l'opération non douloureuse, était atteint. Il n'y eut aucun phénomène à distance d'absorption de la cocaïne.

Peu d'instants après l'évacuation de l'injection iodée, une douleur modérée commença à se manifester sur le trajet du cordon et du canal inguinal, douleur qui, à peu près calmée au moment où je quittai le malade, reparut ensuite, dura jusqu'au soir et présenta pendant deux heures une assez grande acuité, s'étendant à la partie inférieure de la paroi abdominale correspondante et à la face interne de la cuisse jusqu'au voisinage du genou.

L'anesthésie chloroformique n'aurait pas mis à l'abri de cette douleur consécutive.

M. Burdel, de Vierzon (1) a déjà eu recours avec grand avantage, et dans un cas tout à fait probant, à l'usage de la solution de cocaïne injectée dans la vaginale, après l'évacuation du liquide d'une hydrocèle. Il ne dit pas si, avant d'injecter la teinture d'iode, il donna issue à la solution de cocaïne qu'il avait introduite depuis cinq minutes. La douleur fut nulle, tandis qu'à une tentative précédente sur le même malade, quelques gouttes de teinture d'iode, introduites dans la vaginale, avaient suffi à provoquer une syncope et forcé à interrompre l'opération.

La guérison se produisit, comme dans mon cas, du reste, où, dès le 6 mai, je ne

(1) *Union médicale*, 3e série, t. XLII, p. 185 (numéro du 1er août 1886).

« Allez, vous êtes guéris! et ils allaient, et ils étaient guéris ou ils croyaient l'être, ce « qui est bien à peu près la même chose. » Avec un petit air de trombone par dessus le marché, si ce traitement ne faisait pas de bien, il ne pouvait pas faire de mal.

Je parierais encore que beaucoup de gens auront été heureux d'apprendre, par les comptes rendus des tribunaux, l'existence du zouave Jacob, et que les méfaits de son chien lui auront valu un regain de clientèle. Si je trouvais son adresse, j'irais l'*interviewer* et je vous raconterais son histoire. Mais il peut renoncer à la médecine sans que la postérité y perde rien; car depuis longtemps les traits du zouave Jacob sont fixés pour la postérité sous la forme d'une pipe en terre qui se culotte couramment dans les salles de garde et les brasseries de la rive gauche. Quel est le médecin dont la renommée a jamais reçu pareille consécration?

*
* *

Vous avez peut-être remarqué l'humoristique fantaisie du Conseil municipal, à propos de la répartition de l'eau de source et de l'eau de Seine entre les différents quartiers de Paris. Le Conseil demandait que l'eau de Seine, quand l'eau de source est en quantité insuffisante pour toute la ville, fût distribuée exclusivement aux arrondissements riches, et l'on ne comprenait pas bien tout d'abord pourquoi les classes aisées devaient avoir seules le bénéfice de l'eau de Seine. Les interprétations malveillantes que pouvait susciter cette décision du Conseil municipal tombent d'elles-mêmes devant l'explication très simple que j'en ai trouvée. Si l'on considère, en effet, ce qui se retire de la Seine

constatais plus, du côté de la bourse malade, qu'un vestige insignifiant de gonflement. Je pus m'assurer que l'épididyme restait augmenté de volume, notamment au niveau de la tête.

Depuis que mon opération a été pratiquée, M. Thiéry, interne des hôpitaux, a inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, nos 18 et 19 (30 avril, 7 mai 1887, p. 208 et 217), un travail sur l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée.

Il commet une légère erreur quand il dit que, parmi les applications de la cocaïne, il en est une qui, croit-il, n'a pas été signalée, c'est celle qu'on en peut faire dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée.

M. Burdel (de Vierzon) y avait eu recours dans le courant de 1884, ainsi que je le rappelle plus haut.

Du reste, la manière de procéder de M. Thiéry n'est pas celle que M. Burdel et moi nous avons mise en usage.

Sur les indications de M. Bazy, qui lui a donné l'idée de ses essais, il injecte dans la tunique vaginale, sans évacuation préalable du liquide de l'hydrocèle (une seule fois sur sept le liquide de l'hydrocèle avait été au préalable évacué), une quantité minime d'une solution de cocaïne, dont le titre a varié, suivant les cas, de 1/30e à 1/10e. Il se sert pour l'injection de la fine aiguille de la petite seringue de Pravaz; il injecte de une à deux fois le contenu de la seringue, c'est-à-dire de 1 à 2 grammes de la solution de cocaïne choisie, la quantité de liquide injecté étant plus considérable lorsque l'hydrocèle est volumineuse.

Le temps qu'il a attendu avant de pratiquer l'injection iodée (généralement composée aux 2/3 de teinture d'iode) a varié entre deux heures et 23 minutes.

Une seule fois, M. Bazy ayant évacué le contenu de l'hydrocèle cinq minutes seulement après qu'il venait d'y introduire 1 gramme de solution de cocaïne à 1/10e et pratiqué immédiatement l'injection iodée, la douleur éprouvée par l'opéré fut très vive.

M. Burdel et moi, nous avons procédé d'une façon différente; nous avons évacué d'emblée tout le liquide contenu, soit dans l'hydrocèle, soit dans le kyste spermatique; puis nous avons injecté 30 grammes d'une solution de cocaïne au 1/100e, c'est-à-dire une quantité suffisante pour établir le contact rapide de la solution avec toute la face interne de la poche; j'ai même eu soin, en ce qui me concerne, de malaxer la poche de façon à ce qu'aucun point de la paroi n'échappât au contact.

M. Burdel n'a attendu que cinq minutes avant de faire son injection iodée; il ne dit pas s'il a laissé sortir au préalable la solution de cocaïne.

---

pendant une année, on s'aperçoit aussitôt que l'eau de Seine n'est pas la boisson impure et malfaisante que l'on croyait, mais bien un bouillon nourrissant, préparé avec les substances les plus variées. Voici l'énumération de ce qu'a fourni la Seine, dans la traversée de Paris pendant l'année 1886 :

2,021 chiens, 977 chats, 2,257 rats, 507 poulets et canards, 3,066 kilog. d'abats de viande, 210 lapins ou lièvres, 10 moutons, 2 poulains, 66 cochons de lait, 5 porcs, 27 oies, 27 dindons, 2 veaux, 2 singes, 8 chèvres, 1 serpent, 2 écureuils, 3 porcs-épics, 1 perroquet, 609 oiseaux divers, 5 renards, 130 pigeons, 3 hérissons, 3 paons et 1 phoque.

L'eau de Seine étant la décoction de tous ces animaux vaut presque de l'extrait de viande. Il n'y a pas une recette de cuisine où il entre tant d'éléments pour la confection d'une soupe. Les estomacs des riches peuvent seuls supporter une alimentation aussi azotée, et en fin de compte on est forcé d'avouer que le Conseil municipal a fait une prévenance délicate, et presque suspecte de courtisanerie, aux quartiers riches, en demandant pour eux le monopole de la consommation de l'eau de Seine pendant l'été.

P. Dubray.

J'ai attendu huit minutes avant de faire la mienne; j'avais, au préalable, donné issue à la solution de cocaïne. Dans les deux cas, la douleur résultant de la présence de la teinture d'iode dans la cavité vaginale du kyste a été nulle.

Cette manière de procéder, exigeant moins de temps que celle relatée ci-dessus, lui est, sous ce rapport, préférable; quant à l'efficacité comparative de l'une et l'autre, c'est seulement après des essais plusieurs fois répétés qu'il sera permis de l'établir.

Je suis tenté de croire, n'ayant observé aucun phénomène d'absorption avec 30 gram. de la solution au 1/100e, qu'on pourrait employer sans inconvénient la même quantité d'une solution plus concentrée, à 1/75e ou même à 1/50e par exemple. Je suis d'avis pourtant qu'il convient de marcher dans cette voie avec une grande prudence, bien qu'on ait la possibilité, comme pour la vessie, de donner issue immédiatement à la solution, en cas d'accident.

Il est possible, d'autre part, qu'au lieu de 30 grammes de la solution de cocaïne choisie, on puisse, même dans le cas d'une hydrocèle volumineuse, se contenter d'en injecter 25, 20 ou 15 grammes, en ayant soin de malaxer la poche pour établir le contact avec les différents points de ses parois, comme je l'ai déjà signalé. Cela permettrait d'augmenter la force de la solution employée, sans avoir à redouter une absorption plus intense. Le temps maximum qu'on devra attendre, avant de pratiquer l'injection iodée, dans les données que je viens d'indiquer, ne me paraît pas devoir excéder dix minutes.

M. Polaillon : Dans le dernier numéro de la *Revue de chirurgie* (p. 494), M. F. T..., analysant la thèse de M. Baillet, revendiquait la priorité du procédé de la cocaïne dans l'opération de l'hydrocèle pour M. le docteur Périer. D'après la communication de M. Dubuc, l'idée première de ce procédé revient à M. Burdel (de Vierzon), qui l'a employé en 1884. Après M. Burdel, M. Thiéry, un de mes internes actuels de la Pitié, semble être le second chirurgien qui ait exposé publiquement ce procédé dans un recueil scientifique (*Gazette médicale de Paris*, numéros du 30 avril et du 7 mai 1887). La publication de la thèse inaugurale de l'élève du docteur Périer n'a eu lieu que quelques jours après.

Enfin, aujourd'hui, notre collègue, le docteur Dubuc, nous communique ce même procédé qu'il avait connu par la note de M. Burdel insérée dans l'*Union médicale*. Et, en effet, la douleur de l'injection iodée dans l'hydrocèle est ordinairement si pénible que plusieurs praticiens ont pu et ont dû se rencontrer dans l'idée si simple d'insensibiliser préalablement la tunique vaginale par une injection de cocaïne. Mais celui qui paraît avoir, le premier, mis en usage ce procédé en France, est M. Burdel (de Vierzon).

— M. Fraigniaud donne lecture de deux observations envoyées par M. le docteur Pineau (d'Oléron), membre correspondant : l'une de *chromhydrose du cuir chevelu chez une dame d'une cinquantaine d'années*; l'autre de *décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius*. (Renvoi au comité de publication.)

M. de Beauvais : Il est vrai, comme le disent mes collègues MM. Duroziez et Reliquet, que les cas de *chromhydrose* ont le privilège de provoquer l'incrédulité et la crainte de la simulation. Quant au fait cité par M. Reliquet et contesté vivement par la Société médicale des hôpitaux, je rappellerai que M. Le Roy de Méricourt, à qui l'on doit des travaux sérieux sur cette question, a prouvé dans un mémoire spécial que la coloration noire des paupières avait reparu brusquement, après trois mois d'interruption, chez cette femme suspectée de simulation, sous l'influence d'une émotion vive causée par la mort d'un de ses enfants. D'ailleurs l'examen au microscope fait par Ch. Robin avait établi une différence radicale entre la matière colorante sécrétée par la peau et la poudre de charbon et les autres substances cosmétiques.

Puisque l'occasion s'en présente, je citerai succinctement deux observations qui me sont personnelles. L'une se rapporte à une jeune ouvrière hystérique, à intelligence peu développée, sujette à des accès délirants, sous l'impulsion desquels elle s'échappait de la maison paternelle pour aller se cacher dans des endroits isolés. A certaines époques menstruelles et d'exaltation cérébrale, on remarquait sur le cuir chevelu, à la racine des cheveux qui étaient d'un noir de jais, une coloration noirâtre, une substance

d'apparence huileuse, semblable à de la suie délayée, tachant fortement le linge. Cette sécrétion se reproduisit à des intervalles fort irréguliers, puis elle cessa complètement.

Il y a quelques années j'ai été appelé, par une de mes clientes, à constater une véritable sueur de sang des aisselles ; cette sécrétion colorait nettement en rouge la chemise en cette région. Cette dame, fort effrayée, me demanda mon avis sur ce phénomène insolite. C'est une arthritique, d'une bonne constitution d'ailleurs et qui était bien réglée. Ce phénomène se reproduisit pendant deux et trois mois, puis cessa subitement pour ne plus reparaître. La ménopause est d'ailleurs arrivée depuis l'année dernière.

Pour déjouer la simulation tant redoutée, M. le professeur Hardy recommande un moyen bien simple. Enlever avec soin par une lotion huileuse la teinte noire, puis couvrir les surfaces d'une couche de collodion, mettre au besoin par dessus une bande fortement appliquée, et surveiller la réapparition des taches.

Quant à cette substance noire, elle a une grande puissance de coloration, ainsi qu'on peut s'en assurer si l'on en dépose une parcelle sur du papier. Etendue de glycérine pure et examinée au microscope, elle paraît constituée par des corpuscules de dimensions variables, mais ayant toujours l'apparence *lamelleuse*, et ressemblant à des fragments brisés d'une couche très mince de gélatine desséchée. On trouve, au contraire, toujours des granulations dans le bleu de Prusse et dans le noir de fumée. On peut, du reste, faire un examen chimique complémentaire. Cette substance particulière se rapproche de la *cyanosine*, matière colorante que l'on rencontre dans les urines bleues.

MM. Le Roy de Méricourt et Robin considèrent cette maladie comme une sueur colorée, qu'ils attribuent à une affection de l'appareil sudoripare, quoique cette opinion manque encore d'une démonstration anatomique rigoureuse.

Je ferai remarquer que mes deux observations ont été faites chez des femmes habitant Paris, et non sur les bords de la mer, séjour qu'on a invoqué comme cause prédisposante.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

Au banquet offert à M. le professeur Bouchard, pour fêter sa nomination à l'Institut, M. Landouzy, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, le plus ancien et le plus qualifié de ses élèves, a porté le premier toast. Cette éloquente improvisation contenait, à côté de l'éloge du maître, la doctrine et les tendances scientifiques de son école.

M. Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale, a pris alors la parole :

Cher maître,

Il est difficile d'ajouter quelque chose aux paroles que nous venons d'entendre. Ce n'est certes pas qu'il n'y ait plus rien à dire ; car, si on a épuisé, ce dont il est légitime de douter, la liste de vos mérites scientifiques, il suffirait, pour trouver un nouveau sujet de discours, de dresser le tableau des dettes de reconnaissance que quelques-uns d'entre nous, et moi le premier, avons contractées envers vous. Mais, dans ces conditions, mon toast aurait le grave défaut d'être fort long, et pourtant, à coup sûr, il serait très incomplet.

Permettez-moi cependant, cher maître, de porter votre santé au nom de ceux qui ont reçu ou qui reçoivent dans votre laboratoire une si généreuse et si bienveillante hospitalité. Votre laboratoire, nul ne l'ignore, a tenu dans votre vie scientifique une trop large place pour qu'il soit autorisé, à cette fête, à garder le silence.

N'est-ce pas là, en effet, n'est-ce pas dans ce laboratoire que vous avez préparé, en grande partie du moins, vos leçons sur l'infection, leçons de sévère critique comme de puissante vulgarisation, leçons pleines d'aperçus et de faits originaux, leçons qui datent

d'une époque où les théories microbiennes, il faut savoir en convenir, n'étaient pas en faveur dans le monde médical.

Les temps ont changé depuis; aujourd'hui, ce n'est même plus la lutte; aujourd'hui, c'est la victoire! aujourd'hui, c'est le triomphe! Les progrès ont été si rapides, la lumière qui nous éclaire brille d'un tel éclat que déjà, par une sorte d'accoutumance inconsciente, il nous semble qu'elle a toujours lui. Aussi a-t-on peine à croire qu'en 1880, personne, à la Faculté de médecine de Paris, n'avait encore enseigné les conceptions parasitaires, et c'est vous, cher maître, quelquefois on l'oublie trop, c'est vous qui, le premier, avez officiellement professé, il n'y a pas plus de huit ans, les vérités pastoriennes. Quelques-uns, il vous en souvient, vous considéraient alors comme un esprit aventureux, comme un novateur hardi, et cependant, dès les débuts, chez vous, médecin, l'homme d'observation aidant l'expérimentateur, vous faisait soutenir le rôle qui appartient au terrain dans le mécanisme des maladies infectieuses; à ce point que, quand l'heure des entraînements est venue, certains enthousiastes ont failli vous prendre pour un réactionnaire : vous n'étiez pourtant qu'un sage après avoir été un homme d'avant-garde.

N'est-ce pas également dans votre laboratoire que vous avez étudié l'influence du système nerveux sur la nutrition intime des tissus; en particulier, sur l'activité ou l'arrêt des échanges; en particulier, sur la production et l'utilisation du sucre? Questions considérables qui ont préoccupé et préoccupent encore nos plus grands physiologistes, questions qu'assurément vous n'avez pas créées, mais qui, à l'exemple de beaucoup d'autres, n'en porteront pas moins votre forte marque.

N'est-ce pas, enfin, en accumulant expérience sur expérience que vous avez édifié cette magnifique synthèse des auto-intoxications et que vous avez jeté les bases de ce vaste chapitre si neuf, si important à la fois en physiologie normale et en physiologie pathologique?

Infection, nutrition, d'une part; réactions nerveuses, auto-intoxications, d'autre part; ce sont bien là les larges assises de votre enseignement, de votre pathologie générale, de cette science à laquelle vous avez su communiquer une vie nouvelle en lui donnant un corps nouveau; et n'avais-je pas raison de dire que, pour une bonne part, votre doctrine était tributaire du laboratoire?

Mais je ne fais qu'indiquer. Je ne saurais avoir la prétention de porter sur votre œuvre une appréciation absolue. Je passe...., et mes omissions sont sans nombre.

Ce que je tiens à proclamer, c'est que vous savez faire trouver dans le laboratoire quelque chose de plus que les secours matériels, indispensables toutefois à l'expérimentation. C'est que là vous enseignez sans cesse : vous nous apprenez la logique, la rigueur, la discipline scientifique; vous ne nous marchandez ni les idées, ni les conseils de tous les instants; vous nous indiquez les points à éclaircir, les chemins à parcourir; vous vous intéressez à ce que nous pouvons faire; vous allez même, on le rappelait tout à l'heure, jusqu'à vouloir bien nous associer à vos travaux. En un mot, comme le bon riche, vous donnez, et vous donnez largement. Voilà pourquoi nous sommes heureux d'être vos élèves; voilà pourquoi, réunis ici, nous vous saluons pour notre chef.

Sachez donc, cher maître, que si parfois il vous plaît de dire que vous aimez votre laboratoire, sachez que de son côté votre laboratoire vous aime; sachez qu'il est fier de votre gloire, qu'il se réjouit de votre bonheur. A notre tour de répéter les paroles que vous adressiez vous-même, il y a quatre ans, à votre maître, qui est aussi le maître de toutes nos générations médicales : « C'est aujourd'hui la fête du patron, c'est aussi la fête de l'équipage! »

Messieurs, je vous demande de lever vos verres avec moi pour porter la santé du professeur Bouchard, membre de l'Institut, directeur du Laboratoire de pathologie générale de la Faculté de médecine de Paris!

M. Widal, interne de M. Bouchard, s'est ensuite exprimé en ces termes :

Cher maître,

Nous, les jeunes, vos élèves de l'hôpital, si nous osons élever la voix ce soir, c'est pour user du seul droit que nous pouvons avoir ici, celui d'ajouter à d'éloquents dis-

cours une simple parole de reconnaissance. Nous vous remercions pour le présent, parce que, grâce à vous, nos heures d'hôpital sont les plus heureuses de notre journée. Nous vous remercions pour l'avenir, parce que chaque matin nous sentons bien qu'à cette école d'observation rigoureuse, auprès de ce maître aux conceptions nouvelles et puissantes, nous apprenons non seulement à devenir des médecins, mais qu'aussi nous recevons une méthode et des principes qui seront toujours notre lumière dans les moments difficiles de notre carrière. En retour, mon cher maître, puissions-nous être dignes de nos aînés de votre école, puissions-nous faire honneur au pavillon qui nous couvre. C'est notre vœu le plus ardent, c'est vers ce but que convergeront tous nos efforts.

En levant le verre, il nous reste encore à évoquer un souvenir. Externes et internes, nous sommes fiers de rappeler que le savant fêté par tous sort de notre vieille école de l'Internat. Laissez-nous donc nous en glorifier ce soir, et qu'il nous soit permis, en buvant à notre chef vénéré, de boire à un ancien interne devenu membre de l'Institut.

LE BANQUET DE M. VERNEUIL.

Jeudi a eu lieu, en l'hostellerie du *Lion d'Or*, comme auraient dit les chroniques du temps de la tour de Nesle, le banquet offert à M. Verneuil par ses élèves et amis pour fêter sa nomination à l'Institut. Un grand nombre d'entre eux, depuis les plus humbles jusqu'à ceux qui sont aujourd'hui ses collègues à la Faculté, avaient tenu à honneur de faire acte de présence, soit au banquet, soit à la réception qui l'a suivi, pour donner à leur éminent maître ce nouveau témoignage de leur affection.

Parmi le professeurs se trouvaient MM. Ball, Bouchard, Brouardel, Charcot, Cornil, Damaschino, Dieulafoy, Fournier, Grancher, Hayem, Laboulbène, Lannelongue, Proust, Trélat; parmi les agrégés, MM. Bouilly, Brissaud, Blanchard, Brun, Budin, Hallopeau, Hanot, Joffroy, Kirmisson, Le Dentu, Legroux, Maygrier, Monod, Pinard, Poirier, Polaillon, Pozzi, Reclus, Richelot, Richet, Straus, Terrier, Terrillon. MM. Rochard, Villemin, Chantemesse, Daremberg, Gille, Gérin-Rose, d'Heilly, Hénoque, Magitot, David, Horteloup, Huchard, Laborde, Ladreit de La Charrière, Larger, Lereboullet, Charles Martin, s'étaient joints aux élèves particuliers de notre maître : MM. Boiffin, Broca, Bruchet, Gauchas, Guinard, Jarjavay, Ch. Labbé, Ch. Leroux, Malécot, Metaxas, Moriez, Nepveu, L.-H. Petit, Ricard, Routier, Tuffier, Valude, Verchère, etc.

Dire que la plus grande cordialité a régné dans ce banquet aurait l'air de répéter une banalité, et cependant ce n'est que l'expression de la vérité; on assistait véritablement à une fête de famille, et cela n'étonnera nullement ceux qui savent combien sont affectueuses les relations qui existent entre M. Verneuil et ses anciens élèves.

M. le professeur Bouchard a ouvert la série des toasts; il a, comme MM. Brouardel et Trélat, rappelé tout ce que la science médicale française devait aux travaux de M. Verneuil; MM. Rochard, Le Dentu, Reclus, L.-H. Petit, représentant les amis et la famille, ont précisément insisté sur côté affectueux du caractère de notre éminent maître dont nous parlions tout à l'heure, et que M. Petit a heureusement résumé dans le toast que nous reproduisons plus loin, le seul dont nous ayons pu nous procurer la copie.

Puis un vieil ami de M. Verneuil, un camarade d'internat, M. le docteur Leménager, poète à ses moments perdus, a célébré, en alexandrins qui n'avaient pas plus de douze pieds (ce qui était très beau pour un médecin qui aurait pu en amputer quelques-uns), la nomination de son ami.

Avec beaucoup de sentiment, M. Verneuil a répondu à ces divers toasts. Il a presque reproché à ce chœur de louanges d'avoir trop exalté ses mérites; si quelque chose a été bon dans sa vie scientifique, c'est, dit-il, parce qu'il a eu l'heureuse fortune d'avoir pour maîtres des hommes très remarquables pour leur époque : Malgaigne, le critique érudit par excellence; Denonvilliers, si habile et si soigneux opérateur; Robert, clinicien de premier ordre; Lisfranc et Bazin, qui avaient ouvert ses idées vers la pathologie générale; pour camarades d'études, des jeunes gens éminemment doués : Robin, Follin, Broca, dont il déplore encore la perte; des élèves qui ont accueilli avec faveur

ses idées et qui les ont propagées ; lui n'a qu'un mérite, c'est d'avoir réuni autour de lui toutes ces heureuses chances et d'avoir cultivé la bonne semence da ses prédécesseurs.

Nous qui résumons cette confession, nous pouvons dire que le sentiment qui poussait M. Verneuil à rendre à ses maîtres, à ses camarades d'études, à ses élèves l'hommage qui leur est dû, était très louable ; mais cela ne nous empêche pas de penser que les éminentes qualités de notre maître ont contribué pour beaucoup à réunir autour de lui tous ces éléments de succès, et que son élection à l'Institut en était la légitime récompense.

Voici maintenant le toast de M. Petit :

Et moi aussi, mon cher maître, je veux vous porter un toast. Mais, vous le savez mieux que personne, les vins les plus généreux ne sont jamais parvenus à me délier la langue, et je le regrette d'autant plus dans cette circonstance que ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, dit-on, et que je suis incapable d'exprimer, sans l'aide du papier, ce que je ressens pourtant bien vivement.

Ce n'est pas en mon nom seul, mon cher maître, que je veux vous porter un toast, c'est au nom d'une foule de vos élèves, dont quelques-uns seulement sont ici, et dont beaucoup plus sont disséminés aux quatre coins de la France, et même plus loin encore. La seule distance les sépare aujourd'hui de nous, car je suis sûr qu'ils sont avec nous de tout cœur, ceux dont j'ai la prétention d'être le porte-paroles : ce sont tous nos camarades, anciens et nouveaux, que vous avez aidés de vos bons conseils, de vos encouragements, de votre crédit, et, souffrez que je le dise, au besoin, de votre bourse. Vous leur avez appris, à ceux-là, avec beaucoup d'autres choses, que la qualification de maître et ami n'était pas une pure banalité, mais comportait, de la part du maître devenu l'ami, un appui sérieux et efficace. Profondément attachés à leur ancien maître par les liens de la reconnaissance, ils forment cette famille, cette clientèle scientifique qui, à Paris comme en province, font aimer votre nom en propageant les principes d'humanité pour le malade, de probité, d'honnêteté professionnelles puisés à votre école.

Je parle donc ici au nom de tous ceux qui, en vous connaissant, ont conçu autant d'affection pour l'homme de cœur que de haute estime pour le savant ; de tous ces élèves affectueux que votre récente maladie a tant affligés, [qui de tout temps se sont réjouis de vos joies, enorgueillis de vos succès, et pour qui votre brillante élection à l'Institut a été en quelque sorte un honneur personnel.

Vous voyez donc bien, mon cher maître, que je ne pouvais pas vous porter ce toast en mon nom seul, car je suis loin d'être le seul privilégié, le seul que vous ayez honoré d'une amitié constante et qui trouve léger le poids de sa reconnaissance envers vous.

C'est au nom de tous ceux qui vous aiment, de vos amis de quarante ans, comme de ceux d'hier, que je bois de tout cœur, mon cher maître, à votre bonne santé.

COURRIER

Société de médecine légale. — Séance du lundi 11 juillet 1887, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : M. le professeur Brouardel : Sur une question de responsabilité médicale. — M. Pouchet : Études sur les perturbations apportées par les ptomaïnes dans les graphiques du tracé musculaire obtenu à l'aide des grenouilles vératrinisées. — M. Descoust : Discussion de la communication de M. le docteur Budin sur les ruptures spontanées du Cordon. — M. Lutaud : Compte rendu d'un travail de M. le docteur Ruis, de Philadelphie « De la naissance en vie dans ses relations médico-légales ». — M. Liégey : Un cas de mort subite d'un enfant à la mamelle.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide pendant les derniers mois (1),

Par H. Stapfer, ex-chef de clinique de la Faculté.

III

FORCES QUI MAINTIENNENT L'ENGAGEMENT.

Elles sont au nombre de deux :

A. La tonicité de la paroi abdominale.

B. La tonicité des ligaments.

A. *Paroi abdominale*. — Le docteur Pinard a démontré, dans son *Traite du palper*, l'utilité de cette sangle musculaire. Résistante et élastique, elle maintient l'utérus. Lâche, elle le laisse monter à l'aise et s'étaler. Il perd sa forme ovoïdale, si favorable à l'accommodation et, partant, à la descente. L'écartement des muscles droits, conséquence ordinaire d'une première gestation, augmente la capacité de l'abdomen. L'utérus a trop de place lors d'une seconde grossesse. Voilà pourquoi il s'engage plus tard chez les multipares que chez les primipares et pourquoi les présentations de l'épaule sont moins rares quand l'éventration existe. Un certain nombre de primipares ont des parois tout à fait dépourvues d'élasticité.

Presque toutes les observations que j'ai citées, et dans lesquelles les variations d'engagement ont été considérables, concernent des multipares, ou des primipares, dont les tissus avaient perdu leur tonicité, à un plus ou moins haut degré.

Je suis donc autorisé à penser que la tonicité de la paroi maintient l'engagement, avec des variations insignifiantes, au point de vue clinique, tandis que son relâchement expose la femme à des variations extrêmes.

B. *Tonicité des ligaments*. — Ils n'agissent pas seulement par leur contractilité, mais par leur résistance, en vrais ligaments. Ce sont des liens, actifs quand ils abaissent l'utérus, passifs quand ils s'opposent à son ascension. Or, comme leur longueur varie beaucoup de primipare à multipare, et même entre primipares, ainsi que le prouvent l'anatomie (Sappey) et la clinique (flexions, versions), leur résistance n'est pas toujours la même. Il est possible que leur tonicité, qui diffère d'une femme à l'autre et d'une grossesse à l'autre, soit influencée par le degré d'hypertrophie musculaire, et que la brièveté congénitale ou acquise des ligaments ronds puisse interrompre le cours de la grossesse ; mais ce sont des conjectures. Les femmes qui ont subi l'opération d'Alexander nous renseigneront sans doute à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, la tonicité des ligaments doit contribuer au maintien de l'engagement. Aidée par la résistance de la paroi abdominale, elle explique pourquoi l'engagement, même en variant au jour le jour d'une certaine quantité, ne présente pas, chez la plupart des primipares, les écarts considérables qu'on observe chez les multipares.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 5 et 7 juillet 1887.

IV

CONDITIONS QUI FAVORISENT OU ENTRAVENT L'ENGAGEMENT.

L'intermittence de la puissance contractile, l'inégale tonicité des ligaments, le relâchement de la paroi abdominale expliquent déjà, dans une certaine mesure, les variations du degré d'engagement ; mais, à côté de ces influences, il en est d'autres dont il importe de tenir compte. Ce sont elles que je range parmi les conditions qui favorisent ou entravent la descente.

A. L'état des organes voisins.
B. Le volume absolu et relatif du fœtus.
C. La présentation et la position.
D. L'élasticité du segment inférieur.

A. *Organes voisins*. — D'une façon générale, l'influence de la réplétion des réservoirs sur la situation de l'utérus est démontrée par l'anatomie et par une quantité innombrable de faits cliniques. La vessie, par son adhérence au col utérin, est prépondérante. Remplie, elle tire le col en haut et en avant. Plus elle est pleine, plus l'utérus remonte et se renverse en arrière dans certaines conditions. En obstétrique, le fait de l'ascension est évident pendant les premiers jours des suites de couches. Quand la femme n'urine pas, la vessie se dessine sous forme d'un globe saillant qu'un examen incomplet fait prendre pour l'utérus, tandis que le fonds de celui-ci est à la hauteur des côtes, ou même caché sous elles. Si l'on fait uriner la femme, on sent avec la main l'utérus descendre de trois, quatre, cinq travers de doigt.

La plénitude de la vessie peut entraver l'engagement de la tête pendant le travail ou gêner la sortie du placenta.

Jugeant par analogie, je crois que la réplétion plus ou moins grande de la vessie doit faire varier le degré d'engagement, mais ces variations ne peuvent être considérables que si l'utérus a un jeu très libre, grâce au relâchement de la paroi abdominale et des ligaments, ou si le fœtus flotte à l'aise dans le liquide amniotique.

Il n'est pas impossible que les matières accumulées dans le rectum et dans l'S iliaque aient une action comparable à celle de la vessie.

B. *Volume absolu et relatif du produit de conception*. — On comprend sans peine que l'engagement reste immuable lorsque l'utérus et son contenu remplissent exactement les cavités abdominale et pelvienne. Les variations sont d'autant plus rares et moins importantes que le produit de conception est plus volumeux. Elles sont d'autant plus considérables et plus fréquentes que le fœtus est logé plus à l'aise, soit parce qu'il est petit, soit parce qu'il ballotte dans le liquide, soit parce que le bassin est vaste. A en juger par l'observation I (Budin) un rétrécissement léger du détroit supérieur ne s'oppose pas à la descende de la région fœtale tant que cette région s'adapte aux dimensions du bassin. Cette accommodation fût-elle un peu juste, si les ligaments se contractaient avec énergie, si la région était bien amoindrie par flexion (tête) ou par pelotonnement (pelvis) la descente serait observée une ou plusieurs fois; mais du jour où la résistance l'emporterait, la région fœtale s'amorcerait seulement. Ainsi doit être interprétée, à mon sens, l'obs. I (Budin) : lutte entre deux forces, l'une active, l'autre inerte, qui finit par avoir l'avantage.

C. D. *Présentation.* — *Elasticité utérine.* — PRESSIONS. — Je les réunis pour les étudier, car dans l'action qu'elles exercent sur la descente, elles dépendent les unes des autres.

J'ai dit que l'engagement consistait dans un mouvement de translation de tout l'organe gestateur; mais que, dans une certaine mesure, — plus forte qu'on ne croit, peut-être, — il fallait tenir compte de l'élongation. J'explique ma pensée.

Les parois utérines ont une élasticité parfaite, c'est-à-dire qu'elles se laissent distendre, allonger, amincir par les pressions, et qu'elles reprennent leur forme et leur épaisseur lorsque les pressions cessent.

Voici sur quels faits je me fonde pour affirmer cette élasticité :

C.. M... L..., entre à la Clinique. *Primipare.* Bassin un peu asymétrique. Coxalgie dans le jeune âge. Début de travail.

J'annonce après examen que la dilatation commence et qu'à travers l'orifice grand comme une pièce de 2 francs bombe la poche des eaux.

Un élève peu expérimenté touche cette femme sur l'invitation du chef, et déclare que le col n'est pas effacé et n'a pour ainsi dire rien perdu de sa longueur. Le chef de service touche à son tour, se range à l'avis de l'élève et me prie de faire un nouvel examen. Je constate que le col paraît presque entier et est imperméable à moins de faire violence. Je me figure, non sans confusion, que j'ai commis une grave erreur. Cependant les sensations avaient été bien nettes lors de mon premier examen. Je reste auprès de la femme que je touche une troisième fois. L'existence d'un canal cervical était indéniable; seulement le col n'avait pas la forme du museau de tanche d'une primipare, et l'orifice ressemblait à un cul de poule froncé et plissé. La femme n'avait pas eu de douleurs depuis le commencement de la visite. Pendant mon troisième examen survient une contraction douloureuse. Aussitôt ce segment inférieur qui était appliqué sur la tête du fœtus s'en écarte, le col disparaît, l'orifice s'entr'ouvre, ses bords deviennent minces comme un fil tendu et la poche des eaux fait saillie. La contraction disparue, les phénomènes antérieurs se reproduisent un peu moins accusés.

Dès lors, les faits s'expliquaient. La dilatation était commencée ; mais la tête, n'appuyant pas sur le segment inférieur, ne maintenait pas cette dilatation. Le col s'était effacé et l'orifice s'était ouvert sous la pression de la poche des eaux. Chaque fois que cette pression cessait, faute de contractions, le segment inférieur revenait s'appliquer sur la tête en s'épaississant et le col se reformait en partie.

Voilà qui démontre nettement, je crois, l'élasticité des parois utérines.

J'ai observé d'autres cas analogues, sinon tout à fait semblables. Ils ne sont assurément pas rares lorsque la tête, étant retenue par un obstacle, une poche des eaux grosse et sphérique se forme en avant d'elle, distend le segment inférieur et crève avant que la région fœtale soit descendue. Il faut une pression constante pour maintenir la dilatation de l'orifice, l'élongation et l'amincissement du segment inférieur. Autrement celui-ci remonte et au besoin le col se reforme.

C'est l'élasticité qui se manifeste, les tissus changent simplement de forme et conservent leur souplesse, prêts à se distendre de nouveau à chaque pression. Si la force fait définitivement défaut, alors on n'a plus un simple changement de forme, mais un changement de consistance. A l'élasticité s'ajoute et finit par se substituer la rétractilité, c'est-à-dire une régression des tissus à leur état primitif. En cela consiste la vraie rétrocession du travail, d'un pronostic indifférent quand l'œuf est intact, le fœtus vivant et l'utérus seulement paresseux, d'un pronostic très grave, quand l'œuf est ouvert, le fœtus mort et l'utérus épuisé.

Je ne dis pas que les tissus aient toujours la même élasticité. Il y a

utérus et utérus. C'est ainsi que, dans bien des cas où la région fœtale immobile au couronnement du bassin ne peut s'abaisser, on voit le segment inférieur distendu par la poche des eaux devenir flasque si la pression disparaît et rester ouvert comme un cratère en avant de la région, au lieu de se recroqueviller sur elle. De même après l'expulsion du fœtus, tantôt le canal cervical étiré, allongé par le passage de la tête, reste mou de l'orifice externe à l'orifice interne exclusivement, et pend comme un bout d'intestin inerte, tantôt se rétracte en entier et prend l'apparence d'un intestin bossué et durci par la contraction péristaltique.

Tout cela me mène à dire que dans certains cas l'élongation et l'élasticité des tissus, si manifestes pendant l'accouchement, existent aussi pendant la grossesse. Le professeur Hergott a fait remarquer que le fond de l'utérus était souvent plus élevé du côté où se trouve le siège que du côté opposé. Cette élévation est-elle due à un inégal développement des deux cornes? Sans rejeter cette interprétation, je crois le fait souvent explicable par la distension d'une corne très souple que le siège déprime pour s'y loger. De même le segment inférieur peut être étiré par la région fœtale.

Des deux modes de présentation indispensables à la descente, siège ou sommet, le sommet est plus favorable à l'élongation, au moins dans les derniers temps de la grossesse. Il agit d'autant mieux que la flexion est plus complète. Il se creuse un nid dans le segment inférieur. J'ai vu celui-ci tellement bas et aminci dès le sixième mois, sous la pression du siège, chez une primipare, au septième, sous la pression de l'occiput, chez une multipare, que je m'étais demandé si ces deux grossesses suivraient leur cours normal. Elles l'ont suivi. L'engagement a subi de nombreuses variations et j'ai pu constater que le segment inférieur s'épaississait quand la région remontait. Par conséquent, dans ces cas, la descente n'était pas causée par un simple mouvement de translation de l'organe; il y avait, en outre, élongation.

L'élongation est le résultat des pressions, et celles-ci me semblent avoir trois causes :

1° Le poids du fœtus; — force continue quand la femme est debout;

2° La poussée que le fœtus exercé lorsque la contraction utérine tend à le redresser; — force intermittente et passive;

3° La poussée qu'il exerce encore en appuyant avec l'occiput ou avec le siège; — force intermittente et active.

On a quelquefois l'occasion de sentir par l'exploration ces poussées que les femmes, et surtout les multipares, accusent et dont elles se plaignent.

Je citerai un exemple de l'influence de la pesanteur sur les variations d'engagement.

Mme N..., primipare, est parvenue au huitième mois de sa grossesse. Par le palper, on trouve la tête au détroit supérieur. Par le toucher, on la sent qui pointe dans l'excavation (amorcement). Parois du ventre sans grande fermeté.

L'examen est fait, le matin, au lit. Après m'être assuré que l'engagement semble devoir se faire sans difficultés, bassin normal, segment inférieur égal et souple, liquide peu abondant, fœtus mobile, je prie Mme N... de se lever, de rester debout et de venir me voir au milieu de la journée, après avoir marché.

Un nouvel examen fait l'après-midi, dans ces conditions, me démontre

que la tête est au-dessous du ligament triangulaire (engagement profond).

Cette expérience a été provoquée par la réflexion suivante de Mme N... : « Tous les matins, mon enfant est très haut. Lorsque je suis levée, il descend et, à la fin de la journée, je le sens très bas. » J'ai entendu d'autres femmes affirmer que leur enfant était toujours plus haut le matin que le soir.

Quand les pressions peuvent s'exercer, elles agissent à condition que les tissus soient souples et élastiques. Pour cela, il faut que le ramollissement soit parfait et que les membranes qui doublent l'utérus se laissent distendre.

Or, il arrive parfois que toutes les conditions nécessaires pour l'engagement profond existent, résistance de la paroi abdominale, contractions utérines, souplesse apparente des tissus, bassin normal, etc., et, cependant, la descente est nulle ou limitée.

Les ligaments seuls agissent en abaissant plus ou moins la totalité de l'utérus, mais le fœtus ne creuse pas son nid dans le segment inférieur, qui garde toute son épaisseur ou ne s'amincit que d'un côté seulement en un point où les os du crâne sont plus nettement perçus et, partant, les pressions plus directes.

Les recherches que le docteur Pinard a faites assez récemment sur le mécanisme de l'hémorrhagie par décollement du placenta, lorsque les membranes le tiraillent, fournissent, je crois, l'explication du fait. Les membranes sont souvent plus épaisses, plus résistantes au voisinage du placenta. Si donc le placenta est inséré près du segment inférieur de l'utérus, les membranes résisteront, d'un côté tout au moins, aux pressions exercées par la tête du fœtus, et le segment inférieur, mollement comprimé, ne se creusera pas de ce côté; il ne s'amincira que du côté opposé où les membranes distendues laissent la tête peser directement sur la paroi utérine. Je crois qu'il faut expliquer l'épaisseur inégale du segment inférieur, dans bon nombre d'insertions vicieuses, par l'obstacle des membranes aux pressions directes, plutôt que par la présence des cotylédons placentaires eux-mêmes. Dailleurs, si le placenta est réellement inséré près de l'orifice, et non à quelque distance, le même effet sera produit à plus forte raison. Dans ce cas, l'engagement pourra rester nul; mais je n'étudie pas ici les obstacles absolus à la descente.

En publiant cette monographie, je n'ai pas d'autre prétention que celle de démontrer UN FAIT CLINIQUE, *les variations d'engagement.* Si je pouvais, un jour, reprendre mes recherches, je m'appliquerais surtout à me rendre compte du rôle que joue l'élongation du segment inférieur et des membranes qui le doublent dans le phénomène de l'engagement. Cette élongation bien prouvée donnerait la clef de certains problèmes d'obstétrique des plus intéressants. Je fais allusion au mémoire du docteur Pinard cité plus haut. Publié dans les *Annales de gynécologie*, il a été analysé par moi, pour les lecteurs de l'*Union.*

IV

RÉSUMÉ.

L'engagement est la conséquence d'un mouvement de translation de tout le globe utérin et d'une élongation du segment inférieur. Il est lent ou ra-

pide, définitif ou temporaire. Le degré d'engagement pent varier au jour le jour, même dans les derniers temps de la grossesse.

Les variations sont parfois considérables, la région fœtale remontant du périnée au détroit supérieur.

Elles sont expliquées par l'étude des forces qui déterminent et qui maintiennent l'engagement, des conditions qui le favorisent ou l'entravent.

L'engagement est déterminé par la contraction des ligaments et par les pressions.

Il est maintenu par la tonicité de la paroi abdominale et des ligaments.

Il est favorisé par la vacuité des réservoirs voisins, le volume absolu et relatif du fœtus, la présentation, l'élasticité du segment inférieur et des membranes qui le doublent.

L'ascension de la région fœtale au détroit supérieur rend les mutations de présentation possibles, quoique rares. Il serait imprudent de considérer comme définitif l'engagement, si profond qu'il fût, lorsque les forces capables de le maintenir font défaut.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (*réactions volontaires et organiques*) et sur l'épilepsie cérébrale, par le docteur François-Franck. — Paris, O. Doin, 1887.

L'ouvrage de M. François-Franck, basé en grande partie sur les expériences personnelles qu'il poursuit depuis 1877, se divise en deux parties : la première est consacrée à l'exposé pur et simple des principaux faits expérimentaux et cliniques accumulés depuis la découverte de Fritsch et Hitzig et relatifs aux effets des excitations et des destructions localisées du cerveau ; la seconde partie contient la critique des théories et est sectionnée en trois chapitres : 1° la discussion de l'excitabilité propre de l'écorce cérébrale ; 2° la discussion de la nature fonctionnelle des régions corticales qui sont en rapport avec le mouvement volontaire ; 3° la discussion de la doctrine des localisations motrices.

L'application de la méthode graphique à l'étude des effets produits par l'excitation expérimentale du cerveau constitue la grande originalité des travaux que M. François-Franck a poursuivis en collaboration avec M. Pitres.

La plupart des expérimentateurs sont arrivés aux mêmes résultats que Fritsch, Hitzig et Ferrier ; mais, si l'accord est établi sur les faits, les interprétations diffèrent. La localisation motrice corticale se poursuit dans le centre ovale ; là se trouvent des fascicules fractionnellement distincts dont la dissociation se poursuit jusque dans la capsule interne.

Les muscles réagissent de différentes façons selon la forme de l'excitation de l'écorce ou des faisceaux blancs sous-jacents ; une excitation brève donne lieu à une secousse simple ; quand on emploie des excitations très rapprochées, on tend vers le tétanos ; enfin, quand le cerveau est très excitable, ou quand les irritations sont suffisamment énergiques, il survient des accès épileptiformes partiels ou généralisés. Tandis que la plupart des expérimentateurs ne se sont occupés que du mouvement à caractère tétanique, MM. François-Franck et Pitres se sont surtout attachés à la détermination des *formes*, de la *durée* et du *retard* des réactions simples, des secousses musculaires.

On s'est divisé sur la question de savoir si l'écorce est plus ou moins excitable que la substance blanche, parce que tout dépend de la profondeur à laquelle ont été appliquées les excitations.

Les réactions motrices sont en retard sur les excitations du cerveau et la durée du retard est proportionnelle à la distance du point excité ; du reste, le retard des réactions varie beaucoup suivant que l'excitation provocatrice est appliquée à la surface des circonvolutions ou sur la coupe du centre ovale ; la couche corticale, malgré sa faible

épaisseur, augmente le retard total d'un quart ou d'un demi. On peut tirer de ce fait cette conclusion, que l'écorce du cerveau interviendrait en faisant subir aux excitations certaines transformations et ne se comporterait pas comme une couche inerte.

Toute excitation efficace détermine une réaction, dont le retard est sensiblement le même, qu'elle soit faible ou forte; pour diminuer ces retards, le facteur le plus important est l'exagération d'excitabilité sous l'influence de la répétition des excitations. D'autre part, lorsque l'on voit agir successivement des excitations dont chacune n'a pas l'intensité nécessaire pour produire une secousse, il arrive cependant un moment où le muscle entre en action : c'est là le phénomène de l'addition latente ou sommation.

L'irritation d'un côté peut produire des réactions motrices généralisées ; la réaction directe est en retard sur la réaction croisée, et M. François-Franck prouve que l'association ne peut se faire que dans la moelle.

L'épilepsie corticale est étudiée avec le plus grand détail, ainsi que l'analyse graphique des accès. De ses recherches sur les convulsions générales, l'auteur conclut que chaque grand département nervo-musculaire fait une attaque pour son propre compte, et que l'on ne peut admettre une influence convulsivante générale et par suite un centre convulsif. Après de grandes attaques, il survient parfois de l'épuisement cortical post-épileptoïde transitoire, dont la constatation a de l'importance à propos de la discussion de l'excitabilité cérébrale.

La zone épileptique se confond avec la zone motrice, mais les excitations appliquées à courte distance de cette dernière peuvent provoquer dans certaines conditions des accès convulsifs qui sont tardifs et disparaissent après l'ablation de la zone motrice. Les excitations localisées aux faisceaux blancs ne donnent pas de convulsions et on peut répondre à ceux qui invoquent un effet inhibitoire produit à distance par la destruction de l'écorce, que l'excitation des régions corticales voisines de la région détruite provoque facilement des accès. La perte momentanée de l'activité propre de l'écorce entraîne la suspension de l'action épileptogène des excitations corticales. Peut-être l'épilepsie corticale est-elle héréditaire?

A l'aide d'une technique perfectionnée, M. François-Franck étudie ensuite les réactions respiratoires des excitations corticales. Il peut y avoir ralentissement, accélération, et rarement arrêt complet, en même temps qu'il y a des modifications de la glotte, de la pression pleurale et de la vitesse du courant d'air trachéal. Dans les accès épileptiques généralisés, il y a contracture thoraco-abdominale, spasme laryngé, suppression complète des mouvements respiratoires; pendant la période clonique, la respiration est insuffisante, mais non suspendue.

Dans les chapitres suivants, que nous ne pouvons que signaler, l'auteur expose les effets circulatoires des excitations corticales en les rendant évidentes à l'aide de nombreux tracés, la part des troubles respiratoires dans les modifications que subit la circulation pendant les accès épileptiques, l'influence de la curarisation sur ces troubles, les effets oculo-pupillaires des excitations corticales, etc., tous points sur lesquels ses recherches originales sont nombreuses.

Nous signalerons aux cliniciens le résumé relatif aux effets produits chez l'homme par les lésions cérébrales localisées, suivi d'un chapitre des plus intéressants sur les troubles que l'on peut appeler trophiques et qui suivent les lésions destructives. Il y a perte d'excitabilité localisée du centre ovale et de la capsule interne; puis, plus tard, dégénérescence secondaire fasciculée.

Les leçons suivantes sont consacrées à l'exposé des discussions théoriques que soulève l'étude des fonctions motrices du cerveau. Il est impossible de résumer la critique que fait M. François-Franck des objections à la doctrine des localisations; on ne peut mieux répondre à toutes celles qui ont été présentées, et, après la lecture attentive de cette partie du livre, il est difficile de ne pas se ranger du côté de ceux qui croient à la réalité de l'excitabilité de l'écorce.

L'auteur admet que, actuellement, « les éléments d'une théorie des effets moteurs produits par les excitations du cerveau et des troubles paralytiques consécutifs aux lésions destructives font encore défaut ». On peut simplement admettre qu'il y a des territoires corticaux excitables et que ces régions représentent des *points de départ* et

non des centres de mouvement. On pourrait donc assimiler les réactions corticales aux réactions réflexes. « Les régions motrices sollicitent à l'action, en déterminent le sens, mais n'en sont pas les agents d'exécution. »

La conclusion de l'ouvrage entier est la suivante : « Quelque concession que l'on puisse faire sur les autres questions théoriques, quelque idée que l'on se fasse de la nature fonctionnelle des régions dites motrices, c'est seulement au niveau de certaines parties du cerveau que les excitations provoquent des mouvements, et les lésions circonscrites, des paralysies motrices : la doctrine des localisations est là tout entière; aujourd'hui encore, malgré les attaques dont elle a été l'objet, et malgré la répugnance avec laquelle l'ont accueillie les physiologistes, cette doctrine reste intacte. »

Paul Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Charcot présente, au nom de MM. Regnard et Loye, une note intitulée : *Recherches faites à Amiens sur les restes d'un supplicié :*

« Des dispositions spéciales, dont nous sommes redevables à M. le professeur Brouardel et à M. le Procureur général près la Cour d'Amiens, nous ont permis, lors de l'exécution capitale qui a eu lieu le 15 juin dernier, d'examiner l'état de la tête du condamné deux secondes après la décapitation.

« Le patient, homme de 38 ans, a montré, jusqu'au moment de la chute du couteau, la plus complète assurance et le plus grand calme. Sa tête, au moment de la décollation, a gardé la coloration rosée de la face, contrairement à ce qui arrive habituellement chez les suppliciés, lesquels commencent à pâlir dès qu'ils sont fixés sur la bascule. Ce fait est important à connaître pour déterminer l'état de l'individu au moment où le glaive l'a frappé.

« *Deux secondes* après la décapitation, la face a conservé cette coloration rosée. Les traits sont absolument immobiles ; les yeux se montrent grandement ouverts avec les pupilles moyennement dilatées ; la bouche est énergiquement fermée. La tête ne présente pas la moindre contraction fibrillaire.

« L'approche d'un doigt au devant de l'œil reste sans résultat. Mais l'attouchement des globes oculaires ou de l'extrémité des cils provoque chaque fois, pendant cinq secondes, un clignement des paupières aussi marqué que chez un homme vivant. Il ne s'agit là du reste que d'un simple acte réflexe. A la sixième seconde, ce réflexe ne peut plus être décelé.

« Les mâchoires sont rapprochées l'une de l'autre : malgré de puissants efforts, il nous est impossible de les écarter. Le pincement de la peau est sans effet.

« Le tronc, lui non plus, n'est le siège d'aucun mouvement spontané ; il ne présente nulle part une trace de cette contracture que nous constatons dans les muscles des mâchoires.

« *Une minute* après la décollation, la face commence déjà à pâlir : la bouche est toujours énergiquement close. L'approche d'une lumière au devant de l'œil ne détermine aucun rétrécissement de la pupille : le réflexe irien n'apparaît pas.

« Le tronc demeure toujours inerte et flasque : les carotides continuent à rejeter le sang resté dans l'arbre circulatoire. Le réflexe rotulien ne peut être provoqué.

« *Au bout de quatre minutes*, la face est tout à fait exsangue : les paupières sont à moitié tombantes, la bouche est encore fortement fermée, mais il est cependant possible d'introduire l'extrémité d'un doigt entre les mâchoires. Les excitations sensorielles (cris aux oreilles, présentation de divers objets devant les yeux, pincement de la langue et de la peau) n'amènent aucun changement dans la physionomie.

« L'irritation de la moelle épinière, soit du bout encéphalique, soit de la portion rachidienne, au moyen d'une pince, ne produit de mouvement ni dans la tête, ni dans le tronc.

« Nous avons ainsi observé les restes du supplicié, sans voir survenir la moindre modification, pendant vingt minutes. A ce moment, nous avons commencé l'autopsie à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, en présence de MM. Lenoël, Mollien et Scribe, Directeur et professeurs à l'École de médecine, qui ont bien voulu faciliter nos recherches avec un empressement pour lequel nous leur exprimons toute notre gratitude.

« *Autopsie.* — A l'ouverture de la poitrine, le *cœur* battait encore. Le péricarde étant ouvert, nous constatons, jusqu'à la vint-cinquième minute après la décollation, des battements rythmiques très prononcés des ventricules et des oreillettes. Les mouvements des oreillettes seules persistent ensuite pendant quarante minutes. Le cœur a donc battu environ une heure après la décapitation.

« Le cœur était volumineux, à parois assez minces ; il pesait 340 grammes. Les oreillettes contenaient un peu de sang spumeux mélangé de nombreuses bulles d'air. Les ventricules étaient à peu près vides : c'est à peine si quelques légers filets de sang poisseux étaient étendus entre les tendons des valvules. Au moment où l'ouverture du cœur a été faite (une heure après l'exécution), le ventricule gauche était très dur et contracturé : le ventricule droit était resté mou. Le sang contenu dans la veine cave inférieure n'était pas très noir.

« Le *poumon* gauche présentait de l'emphysème sur ses bords : cette lésion a, du reste, été constatée dans presque toutes les autopsies de guillotinés. Il contenait peu de sang et ne présentait aucune tache ecchymotique. Le poumon droit était masqué par des membranes de pleurésie ancienne.

« Les *intestins* étaient sans mouvement.

« La *vessie* ne contenait pas d'urine.

« L'ouverture du *crâne* nous montre les vaisseaux de la dure-mère assez bien remplis de sang. Au-dessous d'elle, nous constatons la présence d'une assez grande quantité d'air dans l'espace sous-arachnoïdien. Les vaisseaux de la pie-mère, surtout au niveau de la convexité, sont remplis d'un sang mêlé de nombreuses bulles d'air. Ce sang est d'un beau rouge. Les artères de l'hexagone de Wilis ne contiennent pas de sang. Il n'y a pas d'adhérences de la pie-mère. La substance corticale a sa couleur rosée habituelle : nulle part dans le cerveau n'existe un épanchement ou une hémorrhagie. Le cerveau pesait 1,270 grammes.

« La section du cou avait été faite à la partie inférieure de la quatrième vertèbre cervicale.

« *Rigidité cadavérique.* — La rigidité n'a apparu dans le corps que trois heures après la décapitation, alors que la température rectale était de 33°. Elle s'est montrée dans les membres postérieurs : six heures après la mort, quand nous avons quitté la salle d'autopsie, les membres antérieurs avaient conservé une flaccidité absolue et n'étaient pas encore rigides.

« Au moment de notre départ, la cornée oculaire n'avait pas encore perdu son poli.

« *Mécanisme de l'entrée de l'air sous l'arachnoïde et dans les vaisseaux cérébraux.* — A l'instant de la décollation, l'élasticité artérielle des vaisseaux cérébraux tend à se satisfaire et les artères se vident en partie : de là l'écoulement de sang qu'il est facile de constater par le bout périphérique des carotides et des vertébrales.

« La cavité crânienne étant inextensible et incompressible, il faut, de toute nécessité, que quelque chose vienne remplacer le sang qui s'écoule. Voilà pourquoi l'air se trouve appelé dans l'espace sous-arachnoïdien, ouvert par la section même du cou : il est appelé avec une force exactement égale à l'élasticité artérielle, c'est-à-dire à 15 centimètres de mercure environ.

« Il est possible d'ailleurs de se rendre compte de ce fait par une expérience schématique. Dans un ballon de verre plein d'eau, représentant la cavité crânienne, se trouvent placées deux ampoules de caoutchouc terminées par deux tubes de verre aboutissant à l'extérieur à travers le bouchon du ballon. L'une de ces ampoules est gonflée et remplie d'un liquide qui représente le sang : le tube qui la termine est fermé par un robinet. L'autre ampoule représente l'espace sous-arachnoïdien : elle est complètement vide, aplatie, et s'ouvre librement au dehors. Si l'on ouvre brusquement le robinet de la

première ampoule, son élasticité à vide, le liquide s'écoule au dehors et l'on voit l'air pénétrer, en quantité exactement égale, dans l'autre ampoule primitivement vide.

« Quant à la pénétration de l'air dans les vaisseaux cérébraux, il serait possible de l'expliquer de la manière suivante. Immédiatement après la décollation, les petits vaisseaux se contractent et chassent le sang au dehors par les plaies artérielles ; quand cette contractilité a cessé, les artères revenant sur elles-mêmes peuvent appeler dans leur intérieur une certaine quantité d'air qui, se mélangeant au sang, produit ces index que tous les observateurs ont signalés.

« *Conclusions.* — 1° Aucun signe de vie consciente n'a pu être décelé deux secondes après la décollation.

« 2° Les mouvements réflexes ont pu être provoqués, par l'irritation de la cornée, jusqu'à la sixième seconde après l'exécution. Ces mouvements n'avaient pas été observés, croyons-nous, avant nos recherches.

« Les battements du cœur ont duré pendant vingt-cinq minutes dans les ventricules et pendant une heure dans les oreillettes.

« 3° A part les mouvements réflexes de l'œil, à part la contracture des mâchoires, à part les jets les carotides, on aurait pu croire que l'on venait de décapiter un cadavre, tant les restes du supplicié sont demeurés inertes après la décollation.

« 4° Cette mort calme et sans agonie est bien différente de celle que l'un de nous a récemment décrite d'après ses expériences sur les animaux. Ce n'est plus ici une mort par asphyxie, c'est plutôt une mort par inhibition, analogue à celle qu'a si bien étudiée M. Brown-Séquard chez les animaux qui succombent à la suite de certaines irritations du système nerveux.

« 5° L'entrée de l'air sous l'arachnoïde est un phénomène purement physique, en rapport avec l'écoulement d'une certaine quantité de sang en dehors de la boîte crânienne. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Kyste dermoïde médian du dos du nez. — Plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. — Rapport sur un travail intitulé : « De la valeur pronostique des réflexes tendineux, et en particulier du réflexe rotulien, chez les diabétiques, au point de vue chirurgical » ; discussion. — Sur les traumatismes produits par l'explosion d'un obus à Belfort. — Présentation de pièce pathologique : Kystes multiples de la cavité abdominale et du petit bassin.

M. le Président présente, au nom de M. Desprès, empêché d'assister à la séance, un petit enfant qui avait sur le dos du nez un kyste dermoïde congénital, aujourd'hui guéri après opération.

— M. Verneuil, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, communique une lettre qu'il a reçue et dans laquelle l'auteur rappelle qu'en 1883 il a publié un fait de plaie pénétrante du crâne par balle de revolver, analogue à plusieurs de ceux qui ont été relatés dans la discussion actuelle de la Société de chirurgie.

M. Trélat a été appelé, il y a environ trois semaines, auprès d'un magistrat qui avait reçu de la main d'un criminel, pendant un interrogatoire qu'il lui faisait subir, un coup de revolver dans la région frontale droite, à peu de distance de la ligne médiane. Il n'y eut pas de perte de connaissance, pas de syncope, pas de convulsions.

Le magistrat put se lever, sonner, appeler. Il se produisit un saignement de nez très abondant qui persista pendant vingt-quatre heures. Un médecin de la ville, appelé en toute hâte auprès du blessé, crut devoir faire une exploration avec un stylet qui pénétra dans le trajet du projectile à une profondeur de 12 centimètres sans rien rencontrer.

M. Trélat ne vit le blessé que cinq jours après l'accident, et pensa que la balle n'avait pas pénétré dans la cavité crânienne, mais qu'elle avait dû aller se loger dans un des sinus de la face. Il conseilla de ne rien faire, d'éviter toute exploration nouvelle et d'attendre.

Après des péripéties variées, il se produisit, un peu au-dessous de la plaie, un abcès

qui nécessita l'intervention d'un chirurgien; ce qui permit d'extraire deux esquilles, puis la balle; celle-ci était logée dans le sinus sphénoïdal.

Ainsi s'explique, par la pénétration intra-faciale et non intra-crânienne du stylet, l'absence d'accidents après l'exploration qui suivit immédiatement la blessure. Le malade est aujourd'hui complètement guéri.

M. Berger a donné des soins à un individu qui s'était tiré un coup de revolver sur le front. La balle suivit un trajet bizarre et trouva une issue inattendue. Après avoir pénétré dans le sinus frontal et produit la rupture du chiasma des nerfs optiques, ce qui amena une cécité complète, elle tomba dans le pharynx, puis de là dans l'œsophage, parcourut toute l'étendue de l'intestin et fut expulsée avec les selles.

M. Polaillon s'est trouvé fort embarrassé, dans un cas, pour savoir si une balle avait ou non pénétré dans la cavité crânienne. Il s'agissait d'une femme sur laquelle son mari avait tiré deux coups de revolver. Une des balles avait pénétré par la face externe de la région temporale; l'autre avait traversé la conque de l'oreille, au-dessous du conduit auditif externe, et était venue se loger un peu au-dessus de l'apophyse mastoïde.

Il y avait perte de la vision et exophthalmie, mais aucun phénomène de paralysie. M. Polaillon a introduit avec précaution un stylet trempé dans un liquide antiseptique à travers le trajet de la plaie; l'instrument a pénétré à une profondeur mesurant à peu près l'épaisseur des parois osseuses. Cette exploration lui a laissé un doute sur la question de savoir si la première balle avait perforé le temporal et pénétré dans la région du crâne. Il n'a pas voulu, d'ailleurs, renouveler cette exploration; aucun phénomène grave ne s'est produit jusqu'à présent. La cécité diminue peu à peu, la vision se rétablit. Un épanchement considérable qui s'était produit à la région orbitaire s'est résorbé et l'exophthalmie a presque entièrement disparu.

M. Terrillon a donné des soins à un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille. La balle avait pénétré à une certaine profondeur dans le conduit auditif; elle avait produit un épanchement sanguin considérable, sans accidents cérébraux immédiats. Mais, du vingtième au vingt-cinquième jour, des phénomènes cérébraux se déclarèrent, à la suite desquels M Terrillon crut devoir faire une exploration pour aller à la recherche de la balle. Cette exploration avec les stylets étant demeurée sans résultat, M. Terrillon eut recours à l'exploration électrique de Trouvé qui permit immédiatement de déterminer le siège précis du projectile. L'application d'une couronne de trépan à ce niveau fut suivie de l'extraction de la balle située à une profondeur de trois centimètres et demi dans l'intérieur du crâne.

— M. Berger fait un rapport sur un travail de M. le docteur Paul Reynier, intitulé : *De la valeur pronostique de la conservation, de la diminution et de la disparition des réflexes tendineux, particulièrement du réflexe rotulien, chez les diabétiques, au point de vue chirurgical.*

Il y aurait, d'après M. Reynier, un grand intérêt pour le chirurgien à s'assurer de l'état des réflexes tendineux et surtout du réflexe rotulien chez les diabétiques auxquels il se trouve amené à pratiquer une opération. L'observation semble démontrer, ainsi que l'a dit M. Bouchard, que la disparition du réflexe entraîne un pronostic grave au point de vue des résultats opératoires; la simple diminution du réflexe implique moins de gravité dans le pronostic; enfin la conservation normale du réflexe donne au chirurgien l'espoir fondé que l'opération aura de bons résultats.

Le travail de M. Reynier est basé sur huit observations, les unes relatives à des affections chirurgicales traitées sans opération, les autres à des opérations de minime ou de moyenne importance.

Dans quatre de ces observations, trois malades avaient conservé le réflexe rotulien dans son intégrité, un avait une simple diminution de ce réflexe; tous les quatre ont guéri, soit de leur opération, soit de leur maladie.

Dans les quatre autres observations où le réflexe rotulien était complètement aboli, tous les malades ont succombé.

M. le rapporteur cite des faits de son observation personnelle dans lesquels les choses se sont passées exactement de la même manière.

La diminution et la disparition du réflexe rotulien ont été observées dans beaucoup de maladies autres que le diabète, en particulier dans l'ataxie, l'alcoolisme, la diphthérie, l'urémie, la cirrhose, l'albuminurie, etc. M. Berger a vu, chez un terrassier atteint d'angioleucite grave du membre inférieur compliquée d'albuminurie, le réflexe rotulien disparaître alors que l'analyse montrait l'existence de flots d'albumine dans l'urine, puis réapparaître dès que les urines revinrent à leur composition normale.

Comme conclusion pratique de son rapport, M. Berger croit devoir, à l'exemple de M. Paul Reynier, admettre, du moins jusqu'à nouvel ordre, qu'il y a lieu de s'enquérir chez les diabétiques de l'état des réflexes tendineux, en particulier du réflexe rotulien, et de considérer l'absence ou la diminution de ce réflexe comme l'indice d'un état grave, avertissant le chirurgien qu'il doit se tenir sur une grande réserve et même s'abstenir de toute intervention opératoire. La persistance du réflexe, au contraire, doit lui inspirer plus de hardiesse et lui donner l'espoir du succès.

M. Verneuil déclare que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de savoir, en présence d'un diabétique, dans quel cas on a des chances de guérison et dans quel cas les chances font défaut. La considération de la proportion du sucre dans les urines, celle de l'état général des malades sont loin de donner au chirurgien la certitude dont il aurait besoin. Il serait donc à désirer que l'on pût trouver dans l'état de conservation, de diminution ou de disparition du réflexe rotulien, le critérium qui manque jusqu'à présent à la chirurgie, et il y a lieu d'encourager les recherches qui sont faites dans ce sens.

M. Terrier ne trouve pas que les observations de M. Reynier aient une grande valeur au point de vue de la question de l'opportunité de l'intervention opératoire chez les diabétiques. En effet, il s'agit, dans la plupart de ces observatians, de malades atteints d'affections chirurgicales antérieures à la venue du chirurgien, et se trouvant dans des états graves que celui-ci n'avaient pas créés; ils avaient perdu leurs réflexes; ils ont succombé. Voilà des faits qui ont trait à la pathologie générale du diabète, et qui n'ont rien à faire avec les indications opératoires. Au contraire, dans les deux cas où le chirurgien a créé la situation, où il a pu, en opérant, s'entourer de toutes les précautions antiseptiques, les malades ont guéri. Il faudrait un plus grand nombre de faits de cet ordre pour juger la part qui revient, dans le pronostic opératoire, à tel ou tel signe pathologique, et celle qui revient aux précautions dont un chirurgien doit s'entourer aujourd'hui pour assurer le succès de son intervention.

— M. le docteur Tachard lit un travail relatif aux accidents traumatiques observés dernièrement à Belfort, à la suite de l'explosion d'un obus. Ces traumatismes ont été remarquables surtout par la multiplicité des lésions, l'étroitesse des plaies et l'attrition des tissus. Leur gravité a été extrême, puisque tous les blessés, sauf trois ou quatre, ont succombé, malgré les pansements à l'iodoforme et les lavages avec la liqueur de Van Swieten.

Le travail de M. Tachard a été renvoyé à l'examen d'une commission dont M. Chauvel est nommé rapporteur.

— M. Bouilly met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique constituée par des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et du petit bassin, chez une femme qu'il a opérée le matin même. Le diagnostic avait pu être fait grâce à une ponction avec le trocart. L'opération n'a pas offert plus de difficultés que celle d'une ovariotomie de moyenne gravité; mais il y a eu rupture de l'un des kystes et effusion du liquide dans la cavité péritonéale. M. Bouilly promet de tenir ses collègues au courant des suites de cette opération. — A. T.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 12 juillet 1887. — La salle des séances présente l'aspect des jours de grandes discussions. Un public nombreux, dans lequel se montrent discrètement quelques toilettes féminines, a envahi avant l'heure les banquettes qui lui sont réservées. La circulation est interrompue ; il y a obstruction ; c'est avec peine que les membres de l'Académie pourront, tout à l'heure, gagner leurs places, après avoir fendu les flots pressés des auditeurs. Un bon point à MM. les membres du Bureau qui, avec exactitude cette fois, font leur entrée dans la salle au moment précis où l'horloge sonne trois heures. L'horloge, étonnée, s'arrête un instant pour contempler ce phénomène insolite. M. le président Sappey ouvre la séance. Après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, il appelle les noms d'un certain nombre de membres inscrits pour faire des communications ; mais sa voix retentit dans le désert ; nul écho ne lui répond. Evidemment l'Académie, non prévenue et ne pouvant prévoir cet accès subit d'exactitude de son bureau, n'éprouve pas le besoin de se presser d'arriver. A peine trois ou quatre membres occupent leurs fauteuils. Enfin, M. Mesnet est appelé. Il est là pour son malheur et pour le nôtre ; car il fait sur un sujet qui lui est familier, l'hypnotisme, une communication des plus intéressantes dont il est impossible d'entendre le moindre mot, au milieu du bruit des entrants, allants, venants et causants sans gêne, à haute voix, comme si l'on était dans la rue. C'est en vain que M. le président Sappey réclame à plusieurs reprises le silence ; sa voix, qui tout à l'heure retentissait dans le désert, se perd maintenant dans le bruit général des conversations particulières, et M. Mesnet, qui a cependant un organe fort et bien timbré, qui sait lire comme il sait écrire, c'est-à-dire dans la perfection, descend de la tribune sans avoir pu se faire entendre.

Après la lecture de M. Mesnet a lieu le scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie ; il se termine par l'élection (44 voix sur 70) de M. Laborde, dont tout le monde connaît les excellents travaux de physiologie. Nous présentons tous nos meilleurs compliments à notre savant confrère de la *Tribune médicale*, à qui, mercredi dernier, nous avions l'honneur de prédire son élection, et qui avait la modestie de ne pas nous croire. Il avait d'ailleurs, il convient de le dire, de rudes concurrents, parmi lesquels M. François-Frank, qui a réuni une belle minorité de 32 suffrages et qui porte un nom prédestiné aux palmes académiques.

Après ce scrutin commence la partie la plus intéressante, on pourrait même dire la partie émouvante de la séance, celle pour laquelle est venu ce public spécial que l'on pourrait appeler le public des premières. Cette attente n'a pas été trompée. M. Peter monte à la tribune pour répondre au

reproche « d'incompétence » qui lui a été adressé mardi dernier par M. Pasteur dans le très court débat qui a eu lieu entre eux à la suite du dépôt du rapport de la commission anglaise d'enquête sur la prophylaxie de la rage par la méthode de M. Pasteur.

M. Peter a cru devoir, à propos de ce qualificatif malsonnant à son oreille, refaire le discours qu'il avait déjà si bien fait, il y a quelques mois, et qui lui avait valu les suffrages des connaisseurs. La nouvelle édition revue, corrigée et augmentée, n'a pas été inférieure à la première. L'orateur a commencé, en guise d'exorde, par jeter, toute palpitante sur la tribune, une dépêche qu'il venait de recevoir d'un confrère de province lui annonçant un nouveau cas de mort par rage chez un individu traité au laboratoire de M. Pasteur. Cet exorde n'a pas été sans produire son effet voulu sur l'auditoire attentif et recueilli.

M. Peter est parti de là pour faire de nouveau le procès à la méthode de M. Pasteur. Avec une habileté extrême et un remarquable talent de dialectique, il a rassemblé tous les faits et tous les arguments qu'il avait sous la main, pour en former une masse sous laquelle il pensait sans doute écraser oratoirement M. Pasteur et sa méthode. Une partie seulement de l'auditoire, à laquelle on a remarqué qu'aucun membre de l'Académie ne s'est associé, a salué de ses applaudissements la péroraison du discours de M. Peter, dont le succès n'a pas été à la hauteur de l'effort considérable qu'il avait coûté, ni du grand talent qu'il y a déployé. Evidemment, les sympathies du public et de l'Académie elle-même se tournaient du côté de M. Pasteur, dont la cause était gagnée désormais. On l'a bien vu lorsque les membres les plus éminents de l'Académie, les Brouardel, les Charcot, les Villemin sont venus tour à tour défendre à la tribune les doctrines du maître contre les attaques de M. Peter.

Le discours de M. Brouardel, dont le talent n'a jamais été mieux inspiré, peut être présenté comme un modèle d'argumentation serrée, nourrie, forte, puissante; sa péroraison, simple et touchante, a été accueillie par une triple salve d'applaudissements à laquelle ont pris part et l'Académie et le public.

Il en a été de même de la courte allocution de M. Charcot, dont l'apparition à la tribune a fait d'autant plus de sensation qu'elle est plus rare, et, pour ainsi dire, exceptionnelle. Ce maître éminent venait ainsi, comme dans une circonstance solennelle, mettre au service d'un autre maître sa grande parole et sa grande autorité. Il l'a fait sous une forme saisissante, en évoquant le souvenir de Vulpian, « de notre regretté Vulpian », comme il l'a appelé avec une noble familiarité, et en reproduisant un passage du discours prononcé par M. Vulpian dans une première discussion avec M. Peter, cette voix d'outre-tombe qui, vivante, retentissait naguère au sein de l'Académie, pour la défense de la même cause, a produit un grand effet d'émotion. Des applaudissements prolongés ont salué à la fois les paroles du maître mort et celles du maître vivant, et très vivant.

A. T.

BIBLIOTHÈQUE

HYSTÉRIE ET TRAUMATISME, par M. Paul BERBEZ, ancien interne des hôpitaux. Paris 1885.

Le travail inaugural de M. Paul Berbez est une de ces monographies solides comme

en produisent les élèves de M. Charcot; notre collègue est un des jeunes représentants de la brillante Ecole de la Salpêtrière. Il s'est proposé d'étudier les paralysies, contractures et arthralgies hystéro-traumatiques que l'on méconnaissait toujours avant que l'enseignement de M. Charcot fût venu éclairer cette question délicate.

M. Berbez dit, dans son introduction, que ces manifestations de l'hystérie étudiées depuis deux ans à la Salpêtrière constituent un chapitre très particulier de l'histoire de la grande névrose, et il propose de l'intituler : « Hystérie d'aspect chirurgical ». On y pourrait comprendre le testicule irritable, la mamelle irritable, certaines manifestations oculaires, les faux-kystes de l'ovaire et autres fausses tumeurs abdominales, les fausses péritonites, tous accidents qu'on peut observer chez les hystériques et qui peuvent causer de si grands embarras de diagnostic.

M. Berbez a restreint, pour cette fois, son étude à deux ordres de faits : 1° aux paralysies flasques ou avec contractures, de nature hystérique, causées en apparence par le traumatisme; 2° aux contractures auxquelles s'ajoute l'élément douloureux, contractures produites dans des conditions identiques à celles qui réalisent les paralysies, c'est-à-dire aux arthralgies hystéro-traumatiques.

Les malades qui présentent ces accidents, conclut l'auteur, sont le plus souvent des *prédisposés*, mais il est vraisemblable de supposer que l'hystérie est créée de toutes pièces par le traumatisme et la frayeur qui l'accompagne, chez des sujets indemnes de tout traumatisme antérieur.

Le traumatisme a peu d'importance, l'idée erronée à laquelle il donne naissance est tout.

Les accidents hystéro-traumatiques ont une physionomie propre; on peut dire qu'il y a une histoire naturelle de ces faits considérés autrefois comme obéissant au hasard. Il est toujours possible d'en faire le diagnostic : avec l'étude attentive et méthodique du symptôme en lui-même, la base du diagnostic est la recherche des *stigmates hystériques* pris dans les symptômes sensitifs, moteurs et psychiques. Aux stigmates antérieurement connus, il faut ajouter la *diathèse de contracture*, à laquelle M. Berbez a consacré un article récent dans le *Progrès médical*.

Dans le chapitre consacré à la pathogénie, l'auteur établit que les paralysies et contractures hystéro-traumatiques sont en tout comparables aux paralysies et contractures douloureuses ou non douloureuses produites par suggestion chez les hypnotiques.

Le pronostic général des accidents hystéro-traumatiques, sans être trop sombre, doit être réservé; il est toujours sérieux, quoique jamais fatal. Outre que les accidents peuvent être de longue durée, ils peuvent récidiver à l'occasion d'un autre traumatisme ou même spontanément. Il peut aussi se produire à la longue des altérations musculaires, des rétractions fibreuses capables d'amener des déformations incurables. M. Charcot s'est demandé si les faits de ce genre ne se produisaient pas surtout chez les sujets de souche arthritique.

Le traitement doit être conduit avec ménagement. Il faut, avant tout, « savoir ne rien faire », c'est-à-dire s'abstenir d'appareils contentifs, de redressements forcés intempestifs. Puis on doit essayer successivement l'hydrothérapie méthodique, l'électricité statique, l'isolement ou le changement de vie; certaines pratiques de massage et d'aimantation localisée, enfin le traitement moral, la suggestion. « Ce qu'une auto-suggestion a produit doit pouvoir être défait par une auto-suggestion contraire ou par la suggestion imposée par le médecin. » — P. L. G.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS (*maladies des systèmes digestif et nerveux*), par le docteur Fernand Roux, ex-médecin de première classe de la marine, t. II. — G. Steinheil, 1887.

Ce volume est le tome deuxième d'un ouvrage dont le premier a trouvé un excellent accueil auprès du public médical. Les traités des maladies des pays chauds que nous possédions étaient ou un peu trop anciens, ou trop volumineux, ou trop abrégés; celui de M. Roux est donc venu combler une lacune. Son auteur avait toute la compétence requise; un séjour prolongé dans nos colonies, qu'il avait mis à profit en amassant des matériaux cliniques, une érudition de bon aloi et non excessive; enfin, un grand souci

de rendre service aux praticiens appelés à exercer dans les pays chauds en les mettant en garde contre des erreurs de prophylaxie et de thérapeutique, voilà des mérites incontestables.

Les sujets qui ont été abordés dans ce volume sont des plus importants, non seulement pour les médecins de la marine, mais pour nous tous. La *dysenterie* est une maladie dont nous avons tous à soigner des cas; la *diarrhée chronique* doit être pour nous un objet de préoccupation, maintenant que nous trouvons souvent dans les hôpitaux de France et dans la clientèle civile des malades ayant pris part aux dernières expéditions dans l'Extrême Orient et qui nous demandent de les débarrasser des diarrhées chroniques rapportées de l'Indo-Chine. Or, la plupart de ces malades ayant déjà essayé d'un grand nombre de médications, nous nous trouvons le plus souvent assez en peine pour leur donner des conseils thérapeutiques utiles. La lecture du livre de M. Roux nous fournit sur ce point des indications précieuses.

L'*hépatite* est également étudiée dans le *Traité* de M. Roux avec beaucoup de soin et les divers modes de traitement en sont minutieusement exposés.

On trouve, encore catalogué parmi les maladies du système nerveux, le *coup de chaleur*, que l'auteur distingue du *coup de soleil* ou insolation, contrairement à la manière de voir de MM. Le Roy de Méricourt et Obet. Ces auteurs ont admis que le coup de soleil n'est qu'un cas particulier du coup de chaleur. M. Roux reconnaît que ces deux états morbides sont fréquemment combinés et qu'alors le coup de soleil ne joue que le rôle secondaire. Mais, en se plaçant au point de vue de l'étiologie et en invoquant l'expérience d'un grand nombre de médecins anglais d'accord avec la sienne, il indique les éléments de différentiation nosologique entre eux. Les exemples qu'il donne sont assez probants. « Plusieurs individus, dit-il, marchent au soleil par une température modérée; un d'entre eux, pour une cause quelconque, a la tête mal protégée. Ses compagnons n'éprouvent aucun malaise, tandis qu'il est rapidement atteint de symptômes spéciaux, qui sont tantôt ceux d'une congestion ou hémorrhagie cérébrale, résultant de l'action directe du soleil sur le crâne, tantôt ceux d'une méningite ou encéphalite aiguë, suites de l'appel énergique du sang vers l'encéphale. Singulier coup de chaleur, que le malade eût à coup sûr évité en protégeant sa tête! Si la théorie de Le Roy de Méricourt était exacte, il faudrait regarder aussi comme atteint de coup de chaleur un malade qui présente les caractères de l'insolation après s'être exposé aux rayons solaires, la tête découverte, mais le corps baignant dans l'eau dont la température suffit à abaisser celle du corps et dont la surface est couverte de plantes aquatiques qui arrêtent les rayons du soleil. » M. Roux a eu à soigner un malade atteint d'insolation dans ces conditions. La symptomatologie du coup de chaleur est d'ailleurs bien plus complexe que celle de l'insolation, comme sa pathogénie sur laquelle on discute encore, les accidents nerveux se compliquant d'altérations du sang d'ordre asphyxique, amenées souvent par la suppression de l'action sudorale.

Si nous avons signalé cette discussion nosologique dans le livre de M. Roux, c'est afin de montrer qu'il n'est nullement une compilation, mais une œuvre personnelle, et que l'auteur ne s'est pas cru obligé à s'incliner devant les classifications admises par d'éminents prédécesseurs, quand son expérience lui en a démontré l'inexactitude.

On trouve encore un chapitre consacré à cette maladie, aussi curieuse que mal connue, la maladie du sommeil ou hypnosie, qui paraît spéciale à certaines contrées de l'Afrique.

P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Le trichlorophénol puissant antiseptique. — Le trichlorophénol est un dérivé de l'acide salicylique en substituant trois atomes de chlore à trois atomes d'hydrogène, ainsi : $C^6 H^6 O + Cl^3 = C^6 H^3 Cl^3 O + H_3$. Il passe pour être un antiseptique beaucoup plus puissant que le phénol, et est expérimenté sur une grande échelle en Russie et aux Etats-Unis (*Amer. Pract. and News*, 11 décembre 1886.) — R.

Le thymol comme ténifuge. — Le docteur Numa Campi recommande vivement cet agent thérapeutique dans le *Racoglitore medico*. Le thymol est peu soluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool, l'éther ou les solutions alcalines. Sa saveur est chaude, amère et âcre. Comme germicide et antiseptique, il n'a au-dessus de lui que le chlorure de mercure. Il s'est montré efficace pour la destruction de l'anchylostome duodénal, parasite qui donne naissance à la maladie dite *anémie des mineurs*. Le mode d'administration est le suivant : 15 grammes d'huile de ricin, le soir, l'estomac étant vide; le lendemain matin, 8 grammes de thymol divisés en douze doses à prendre de quart d'heure en quart d'heure; puis, une seconde dose d'huile de ricin. Le médicament ayant une action dépressive, l'auteur conseille de donner quelque stimulant pendant son administration. Jusqu'à présent, il ne l'a pas vu manquer son effet une seule fois. (*The Bristol med. ch. Journ.*, mars 1887). — R.

Trois cas d'hydrocèle chez la femme. — Il s'agit d'une affection peu connue, et les observations publiées par le docteur Wright dans le *New-York medical Journal* du 26 mars 1887 intéressent les praticiens, car lorsque l'inflammation s'empare du kyste, elle peut donner lieu à une erreur de diagnostic et faire croire à une hernie étranglée. — Dans le premier cas, une femme, mère de quatre enfants, observée le 10 mars 1868, présentait immédiatement au-dessus de la moitié interne du ligament de Poupart gauche, une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui existait depuis plusieurs années et n'était le siège d'aucune pulsation. Elle n'avait jamais été très gênante; mais, depuis peu, elle avait augmenté de volume, était parfois douloureuse, et était irréductible. Par une aspiration faite au moyen d'une fine aiguille creuse, on retira du kyste 30 grammes d'une sérosité claire, jaune-paille; puis on appliqua une compresse et un bandage, et l'on prescrivit le repos. La tumeur s'étant remplie de nouveau dans l'espace de deux jours, l'aspiration fut renouvelée, et l'on en retira environ 15 grammes de liquide; dans la même opération, la surface intérieure du kyste fut scarifiée avec la pointe de l'aiguille. Après trois jours, le kyste était rempli encore et enflammé. On se borna à appliquer localement des préparations de plomb et d'opium; le liquide était résorbé au bout d'une semaine. La malade a été observée six mois plus tard; la tumeur ne s'était pas reproduite. — La deuxième observation est relative à une femme de 28 ans, mère de deux enfants. Lorsqu'elle fut observée le 14 novembre 1883, son premier enfant avait 3 ans. Comme dans le cas précédent, il y avait immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, mais à droite et contre la partie moyenne du ligament, une tumeur molle, fluctuante, de la grosseur d'un œuf de pigeon, sans pulsations et irréductible. Dans ce second cas, la tumeur paraissait constituée par deux poches, l'une plus grande, superficielle, l'autre plus petite, située plus profondément. D'après les renseignements fournis par la malade, la tumeur existait depuis la naissance de son premier enfant, mais elle ne se montrait que de temps en temps et elle la réduisait facilement avec la main. Trois semaines avant la visite du docteur Wright, dans un effort de la malade pour soulever un de ses enfants, la tumeur se reproduisit brusquement, et se trouva irréductible. A partir de ce moment, coliques, flatulence, constipation, etc. A la visite du docteur Wright, la tumeur était douloureuse au toucher, et la peau qui la recouvrait était un peu enflammée par suite des tentatives répétées de réduction. Le repos au lit avec élévation du bassin et des applications de glace sur la tumeur, firent tomber l'état inflammatoire. Le lendemain, la tumeur était plus molle, moins volumineuse, mais toujours irréductible. L'aspiration de la poche la plus grande en fit sortir 60 grammes d'une sérosité claire, jaune paille; 15 grammes d'un liquide semblable furent retirés de la plus petite, qui ne communiquait point avec la première. Après l'évacuation de la tumeur, on ne trouva aucune trace de hernie. Le traitement fut le même que chez la première malade; la surface intérieure des deux kystes fut scarifiée avec la pointe de l'aiguille; les suites furent semblables. La malade a été observée une première fois près de trois ans après l'opération; il n'y avait eu aucun retour de la tumeur. — Le sujet de la troisième observation est une Suédoise, âgée de 42 ans, célibataire, domestique, observée dans l'été de 1885. Tumeur semblable aux précédentes, au-dessus du ligament de Poupart droit, tout contre ce ligament,

donnant lieu à une sensation de pesanteur et de tiraillement qui allait à peine jusqu'à a douleur, et pouvant être réduite par la malade elle-même. Celle-ci apprit qu'elle avait été, six ou huit ans auparavant, opérée pour une hernie dans la même région. Même traitement que ci-dessus, ponctions répétées à plusieurs reprises, après lesquelles le kyste cessa de se remplir. Lorsque la malade fut revue après dix-huit mois environ, il n'y avait plus trace de la tumeur, ni aucune sensation morbide. Le docteur Wright fait remarquer : 1° que cette lésion a été peu étudiée jusqu'à présent, car on n'en possède qu'une quarantaine de cas dans la science ; 2° qu'elle peut être, dans certains cas, confondue avec une hernie irréductible ; 3° qu'elle peut offrir de la ressemblance avec une hernie étranglée quand elle est prise soudainement d'inflammation ; 4° que, dans les cas douteux, le diagnostic peut être établi facilement par l'emploi de l'aiguille à injections hypodermiques. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet. — Présidence de M. Sappey.

M. Mesnet fait une communication très intéressante sous le titre suivant : *Un accouchement dans l'état de somnambulisme.*

L'accouchement s'est fait complètement à l'insu de la femme ; car, réveillée, elle n'en avait aucune notion, aucune connaissance. Ce fait, dit l'auteur, donne un témoignage nouveau et irrécusable de l'invariabilité des troubles de la mémoire dans la série des phénomènes hypnotiques, et nous conduisent à cette déduction logique, fort importante en médecine légale, que ce dédoublement de la mémoire pourrait devenir, dans cette circonstance particulière, l'occasion facile *de substitution d'enfant* au moment de l'accouchement.

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un titulaire dans la section d'anatomie et physiologie.

Classement des candidats : Première ligne, M. Laborde ; deuxième ligne, *ex æquo*, MM. François-Franck et Gréhant ; troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hénocque, Regnard et Rémy.

Le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Laborde obtient 44 suffrages (élu) ; M. François-Franck, 32 ; M. Gréhant, 1 ; M. Regnard, 1.

— L'ordre du jour appelle la réponse de M. Peter à M. Pasteur. Notre rédacteur des séances n'ayant pas trouvé au Secrétariat le manuscrit de M. Peter, nous ne pourrons mettre l'analyse de son discours sous les yeux de nos lecteurs que dans le prochain numéro.

M. Brouardel rappelle dans quelles conditions la commission anglaise, nommée pour étudier la méthode de M. Pasteur, s'est acquittée de sa mission en venant au laboratoire de la rue d'Ulm assister aux expériences, s'initier aux procédés, vérifier l'exactitude des résultats, répéter elle-même les principales expériences, et finalement, dans son rapport, s'exprimant de la manière suivante :

« On peut donc considérer comme certain que M. Pasteur a découvert une méthode préventive de la rage comparable à celle de la vaccination contre la variole. Il serait difficile d'exagérer l'utilité de cette découverte, tant au point de vue de son utilité pratique que de ses applications à la pathologie générale. Il s'agit d'une nouvelle méthode d'inoculation ou de vaccination, comme M. Pasteur l'appelle quelquefois, et on pourrait en obtenir de semblables pour protéger l'homme et les animaux domestiques contre des virus aussi actifs que celui de l'hydrophobie ! »

M. Brouardel, répondant ensuite à M. Peter, examine successivement les faits expérimentaux, les faits cliniques et les faits statistiques sur lesquels M. Peter s'appuie pour attaquer la méthode de M. Pasteur.

Les expériences de Von Frisch sont entachées d'erreurs graves, l'expérimentateur ayant laissé s'altérer entre ses mains le virus vaccinal qui lui avait été confié. Celles de Renzi et Amoroso (de Naples), celles enfin d'Abreu (de Lisbonne) étaient encore plus défectueuses.

Depuis lors, de nombreuses expériences ont été faites à Vienne, à Naples, à Turin, à Odessa, à Londres, etc., qui toutes ont été suivies de résultats conformes à ceux de M. Pasteur, d'où M. Brouardel conclut que la question expérimentale est résolue, dès maintenant, en faveur de M. Pasteur.

A l'égard des faits *cliniques* invoqués par M. Peter, M. Brouardel nie que M. Pasteur ait communiqué par ses inoculations intensives la rage paralytique. On connaît mieux aujourd'hui cette forme de la rage, et les cas n'en sont pas aussi exceptionnels, chez l'homme, que le croyait M. Peter, d'où l'erreur de son argumentation.

« Nous avons, dit M. Brouardel, nous tous médecins, beaucoup à apprendre sur les formes cliniques de la rage, et nous devons commencer par chasser de notre esprit cette idée qu'elle est une maladie à grandes manifestations délirantes ou spasmodiques; souvent il n'en est rien. »

En ce qui concerne la statistique invoquée par M. Peter, M. Brouardel ne saurait admettre les procédés particuliers de son collègue, qui additionne toutes les morts, celles qui sont survenues après vaccination et celles qui se sont produites sans vaccination, et qui s'écrie : « Le chiffre de la mortalité n'a pas baissé, donc la méthode ne vaut rien! » M. Pasteur ne saurait cependant abaisser la mortalité chez les personnes qui ne se soumettent pas aux vaccinations, et, en bonne justice, on ne peut l'exiger de lui.

Or, pour l'année 1886, 19 personnes au moins sont mortes de rage dans la petite minorité des gens qui ne se sont pas fait vacciner; et, sur 1,929 personnes françaises ou algériennes qui sont venues au laboratoire de la rue d'Ulm, 21 sont mortes malgré le traitement, soit 1,08 p. 100. Ce sont là les chiffres officiels, et ils comprennent au passif de la méthode tous les cas de morts par rage, même ceux qui sont survenus moins de quinze jours après le traitement.

La statistique de 1887 est encore plus favorable, puisque, à la date du 1er juillet, la mortalité était de 0,61 p. 100 dans la statistique générale, de 0,41 p. 100 dans la statistique franco-algérienne.

M. Brouardel fait remarquer que le traitement par la méthode *intensive,* si critiquée par M. Peter, donne encore de meilleurs résultats que celui dit par la méthode *primitive* ou la méthode *mixte*. Ainsi, à Odessa, où le traitement intensif a été adopté sans variation, les résultats sont meilleurs que les nôtres, ainsi qu'il résulte d'une lettre adressée à M. Pasteur par le directeur du laboratoire de cette ville.

« Messieurs, dit M. Brouardel en terminant, j'ai tenu à ne présenter à l'Académie que des arguments d'ordre absolument scientifique; croyez que ce n'est pas sans effort que j'ai fait taire mes sentiments personnels, car ce n'est pas sans un douloureux étonnement que j'entends traduire à cette tribune, comme un accusé, un homme qui depuis trente ans a fait dans la science tant de brillantes et d'utiles découvertes.

« Pour moi, quand un homme a ouvert à mon esprit de nouveaux horizons scientifiques, alors même que je ne serais pas sur tous les points en parfaite concordance d'opinion avec lui, je le respecte, il est mon maître et je reste son débiteur. Qui de nous, dans cette enceinte, peut dire que M. Pasteur n'a pas été pour lui un initiateur? » (Triple salve d'applaudissements.)

M. Villemin rappelle qu'il a fait partie en 1884, avec MM. Bouley, Vulpian, Béclard et Paul Bert, d'une commission nommée par l'Académie sur la demande de M. Pasteur, pour examiner le fait annoncé par lui que les chiens pouvaient être rendus réfractaires à la rage.

La commission confirma l'exactitude des faits indiqués par M. Pasteur et institua de nouvelles expériences entièrement concordantes. Ces expériences portèrent sur trois points : vaccinations des chiens après morsure; vaccination des chiens avant morsure; inoculations à haute dose du virus de la rage des rues à des chiens rendus réfractaires par la vaccination.

On pratiqua d'abord à la fois l'inoculation par trépanation de six chiens reconnus réfractaires à la rage l'année précédente et de trois chiens neufs. Ces derniers seuls moururent.

Dans une autre séance, on constata que sur trois chiens vaccinés après morsure, un seul fut pris de rage, mais pendant la vaccination. Les travaux de la commission furent ensuite interrompus parce que la nouvelle méthode de vaccination de M. Pasteur fit considérer comme inutile la prolongation des recherches.

M. Charcot déclare qu'il a voulu surtout, en prenant la parole, rappeler à l'Académie comment, le 18 janvier dernier, le regretté Vulpian vint à cette tribune défendre avec énergie, contre les attaques dont elle était l'objet, la méthode à l'application de laquelle il avait dès l'origine si puissamment et si courageusement contribué.

« Les arguments qu'il avait fait valoir alors, il les trouverait actuellement singulièrement renforcés; car non seulement il pourrait signaler l'accroissement des chiffres favorables à la méthode recueillis depuis six mois, tant au laboratoire de Paris que dans les laboratoires étrangers; il pourrait encore s'appuyer sur cet important et mémorable document venu d'Angleterre, au bas duquel on lit la signature de noms illustres entre tous.

« Non, dirait-il, la méthode, même sous la forme intensive, n'est point dangereuse; jamais on n'a pu démontrer qu'elle ait fait courir à personne aucun risque; et, à l'appui de cette assertion, en outre des statistiques appropriées, il pourrait signaler, par exemple, qu'aujourd'hui l'on compte plus de 30 personnes non mordues (dont 14 appartiennent au laboratoire d'Odessa) qui volontairement se sont soumises au traitement intensif appliqué dans toute sa rigueur sans avoir éprouvé le moindre accident.

« Il relèverait du même coup que la rage paralytique — plus de 20 exemples en font foi — se voit chez l'homme mordu en dehors de toute vaccinacion antirabique, et que, par conséquent, elle n'est pas, comme on voulait l'insinuer, un *produit de laboratoire*.

« Sans doute, dirait-il encore, la méthode n'est pas infaillible! personne ne le conteste, et, à l'avenir il serait, je pense, inutile, malséant peut-être, de venir sonner avec fracas le glas funèbre toutes les fois qu'elle comptera un nouvel insuccès. Non, elle n'est pas infaillible. Mais vraiment qu'y a-t-il d'infaillible en thérapeutique? Si elle n'est pas infaillible, elle est efficace, et cela suffit; oui, efficace dans la majorité des cas, et l'on peut affirmer qu'elle a sauvé déjà nombre d'existences autrement condamnées fatalement à une mort terrible.

« Après cela, en manière de conclusion, Vulpian eût été conduit, je pense, à répéter ce qu'il disait il y a six mois. Je tiens à citer textuellement ses paroles si simples et si vraies : « La découverte du traitement préventif de la rage après morsure, disait-il, due entièrement au génie expérimental de M. Pasteur, est une des plus belles découvertes qui aient été jamais faites, soit au point de vue scientifique, soit au point de vue humanitaire. » (Applaudissements.)

« Oui, dirais-je, à mon tour, persuadé que j'exprime ainsi l'opinion de tous les médecins qui, sans parti-pris, sans préjugés, se sont occupés de la question, l'inventeur de la vaccination antirabique peut, aujourd'hui, plus que jamais, marcher la tête haute et poursuivre désormais l'accomplissement de sa tâche glorieuse, sans s'en laisser détourner un seul instant par les clameurs de la contradiction systématique ou par les murmures insidieux du dénigrement. » (Applaudissements prolongés.)

M. Javal présente un nouvel optomètre de M. Bull.

— La séance est levée à cinq heures et demi.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juillet 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Gomme et lymphangite tuberculeuses traitées par les injections d'eucalyptol iodoformé. — La cirrhose aiguë. — Attitude particulière permettant de diagnostiquer certaines sciatiques frustes. — Pleurésie purulente consécutive à la grippe.*

M. Morel-Lavallée, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, présente, au nom de

M. le professeur FOURNIER, le moulage d'une lésion siégeant sur le membre supérieur. Il s'agissait d'une tumeur développée sur le dos de la main, profondément ulcérée et d'où partaient des traînées de lymphangite, sous forme de cordons noueux sur le trajet desquels existaient des tumeurs plus petites. Le diagnostic le plus probable fut : gomme tuberculeuse et lymphangite tuberculeuse. Il est vrai que l'examen microscopique ne montra pas de bacilles dans les produits de sécrétion et que les cultures furent négatives. Le traitement consista en injections interstitielles d'eucalyptol iodoformé.

M. DEBOVE a observé une forme d'hépatite aiguë caractérisée cliniquement par une hypertrophie suivie d'une diminution rapide du volume du foie et histologiquement par une sclérose péri et intralobulaire, avec dégénérescence des cellules, — forme qui ne lui paraît correspondre à aucune de celles qui ont été décrites dans les livres.

Il s'agissait d'une femme de 36 ans, indemne d'alcoolisme, syphilitique depuis trois ans, mais ne présentant pas actuellement d'accidents. Elle entrait à l'hôpital avec un ictère léger, une température fébrile modérée et un foie qui débordait de plusieurs travers de doigt les fausses côtes. Bientôt survinrent de la diarrhée, un amaigrissement rapide, des épistaxis et des symptômes ataxo-adynamiques. Le traitement spécifique fut essayé sans succès, et la mort survint, mais on avait assisté à une diminution rapide du volume du foie avant la mort.

A l'autopsie, on constatait une diminution notable des masses musculaires, des reins volumineux et congestionnés, une rate plus grosse qu'à l'état normal. Le foie était un peu hypertrophié, sans trace de périhépatite. Sa surface était semée de granulations de petit volume; la couleur était intermédiaire à celles de l'ictère et de la dégénérescence graisseuse. Le tissu en était assez difficile à déchirer. L'aspect macroscopique sur la coupe était celui d'une cirrhose monolobulaire; mais l'examen histologique montrait que des travées conjonctives épaisses s'étendaient entre les cellules des lobules qu'elles disséquaient. La présence de nombreuses cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif néoformé attestait un processus subaigu; les cellules hépatiques étaient altérées par dégénérescence graisseuse ou atrophiées.

M. Debove ne sait quelle cause invoquer pour la production de cette sorte de cirrhose aiguë, d'hépatite à marche insolite qui ne rentre dans aucune des catégories connues.

M. BALLET appelle l'attention sur une attitude spéciale que prennent les individus atteints de sciatique et qui permet de diagnostiquer certains cas frustés de cette névralgie. C'est M. Charcot, son maître, qui a été frappé le premier de cette particularité; M. Ballet, en collaboration avec M. Babinsky, chef de clinique à la Salpêtrière, doit publier prochainement un mémoire sur les formes anomales de la sciatique, et on y trouvera avec plus de détails l'observation suivante dont voici le résumé :

Le malade est un homme de 34 ans, très nerveux, qui, il y a quelques années, fit un effort assez violent en jouant au ballon et ressentit une douleur dans la fesse droite. Quelques mois plus tard, nouvel effort, nouvelle douleur. Les symptômes douloureux ont subi des alternatives d'intensité. Il s'agissait le plus souvent d'une douleur profonde, née spontanément, n'augmentant pas par la pression, et dont la cause était difficile à diagnostiquer. Mais c'est seulement depuis trois ans qu'est survenue une attitude spéciale, fort importante à étudier.

Quand le malade est debout depuis quelques minutes, il éprouve une gêne qui a pour conséquence l'inclinaison latérale du tronc vers la gauche, et une saillie du bassin à droite. Une verticale abaissée de l'occiput au lieu de tomber au niveau du sacrum et du sillon interfessier, croise la fesse gauche, donc le centre de gravité du corps se trouve déjeté à gauche; les muscles vertébraux font une saillie anormale du côté gauche de la colonne rachidienne. Quand le malade a cherché à lutter un certain temps contre l'attitude vicieuse que lui donnent les contractures des muscles du côté gauche de son corps, sa douleur, son malaise augmentent, il a des tendances à la syncope. Le décubitus dorsal atténue la déformation sans la faire cesser complètement, il faut le sommeil chloroformique pour triompher de l'attitude contracturée.

Cette attitude, M. Ballet l'avait remarquée chez deux autres malade de la Salpêtrière,

atteintes de sciatiques avec symptômes classiques; aussi a-t-il pensé que le malade dont il vient de raconter l'histoire, avait une sciatique fruste.

L'enquête sur les commémoratifs et un examen minutieux lui apprirent que le malade avait eu, outre sa douleur de la fesse droite, des douleurs dans la jambe gauche, avec localisation nette au niveau du creux poplité, et des fourmillements. La réussite rapide du traitement mis en œuvre a d'ailleurs confirmé le diagnostic. Les pulvérisations de chlorure de méthyle ont modifié rapidement la douleur et l'attitude, ainsi qu'en témoignent les photographies prises avant et après les séances de pulvérisation.

M. Gaucher relate deux observations de pleurésies purulentes d'emblée survenues chez des malades atteints de grippe.

Dans un cas, c'était chez une parturiente qui avait ressenti, un peu avant d'accoucher, les symptômes ordinaires de la grippe. Trois jours après l'accouchement, elle avait une congestion pleuro-pulmonaire, puis une pleurésie, d'abord diaphragmatique, ensuite généralisée. La première thoracentèse donna issue à du pus.

Un homme de 37 ans fut pris du malaise habituel d'invasion de la grippe, courbature, frissons, fièvre, dyspnée, douleur de côté à droite et angoisse. L'auscultation révèle d'abord de la bronchite, puis une congestion pulmonaire, enfin des signes d'épanchement pleural. La fièvre prend rapidement le caractère de la fièvre de résorption putride; trois thoracentèses sont faites successivement. Dès la première, le liquide était purulent; on dut terminer par la thoracotomie qui amena la guérison.

M. Gaucher n'a pas vu signaler dans les livres la pleurésie purulente comme complication de la grippe. Il propose une explication pathogénique : propagation à la plèvre de la congestion pulmonaire grippale, puis inflammation de la séreuse; mais pourquoi l'épanchement est-il purulent dès le début? Faut-il invoquer l'action pathogène de microbes spéciaux? M. Gaucher n'a trouvé dans le pus pleural que les microbes vulgaires de la suppuration. Faut-il accuser l'état antérieur des malades? La femme était en état de puerpéralité, mais de puerpéralité physiologique, sans aucun signe d'infection.

M. Gaucher insiste en terminant sur la nécessité d'évacuer promptement les épanchements pleuraux consécutifs à la grippe, dans la crainte qu'ils ne soient purulents.

M. Rendu se demande si les malades de M. Gaucher avaient bien la grippe ou s'ils n'avaient pas des broncho-pneumonies quelconques avec symptômes septicémiques auxquels ils avaient pu être prédisposés par leurs antécédents, la femme par la puerpéralité. Il a vu une malade rachitique succomber à un épanchement purulent d'emblée, dont le point de départ était un foyer de pneumonie corticale ayant ulcéré secondairement la plèvre.

M. Gaucher a basé son diagnostic de grippe sur la généralisation et la bilatéralité du catarrhe et de la congestion bronchique, sur l'intensité des signes généraux, courbature extrême, angoisse, et surtout sur l'existence d'une épidémie de grippe à ce moment.

P. L. G.

Thèses pour le doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois d'avril, mai et juin 1887.

Favel (Paul) : De l'action de quelques médicaments sur le cœur isolé. — Benoit-Jeannin G.) : Étude sur la valeur globulaire dans les maladies. — Douillet (Jean) : De la néphrectomie sous-capsulaire (indications et manuel opératoire). — Tacussel (Amédée) : Essai sur le tabes moteur. — Honnorat (Jules) : Processus histologique de l'asthénie pulmonaire d'origine cardiaque. — Desmoulins (Raphaël) : Études sur l'eau oxygénée au point de vue médical. — Maître (Julien) : Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales (exposé d'un nouveau procédé opératoire appliqué à leur traitement.) — Favelier (Aristide) : Essai sur la toxicité des urines chez les enfants. — Mittre (Adolphe) : Note sur le diagnostic et le traitement chirurgical des abcès du foie.

FORMULAIRE

Mixture contre la couperose. — Leroy.

Soufre précipité	ãã 8 grammes.
Craie précipitée	
Hydrolat de laurier-cerise	
Alcool rectifié	
Glycérine pure	

Mêlez. — Dans le cas de couperose de la face, on fait des lotions tous les soirs avec de l'eau de son tiède, puis on frictionne doucement avec une compresse imbibée de cette mixture, et on applique pendant la nuit un masque de gutta percha laminée. — Régime végétal, eaux alcalines. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le professeur Nassilof succède au professeur Kolemnin à la chaire de chirurgie de l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

— Le Conseil d'Université de Dorpat a choisi le docteur F. Schulze comme successeur du professeur Weil.

— Les professeurs His et Braune (de Leipzig) ont été nommés conseillers secrets. — La même distinction a été accordée au professeur Haeckermann (de Greifswald).

— MM. Billings, Esmarch et Volkmann ont été élus fellows honoraires de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres.

— Une commission présidée par le Reichsratts Kœhler s'est réunie dernièrement au Comité impérial d'hygiène de Berlin pour discuter l'opportunité des règlements, par voie légale, la fabrication au point de vue de l'hygiène et le transport de la bière.

— Sous ce titre « *les médecins étrangers en Angleterre* » la *med. Press and Circ.* publie l'entrefilet suivant :

« Des médecins de nationalité allemande viennent se fixer temporairement ou définitivement chez nous pour y exercer leur art.

Qu'un médecin anglais aille de même s'établir en Allemagne, des confrères jaloux mettront aussitôt la police en campagne pour leur interdire de donner leur soins à un ou deux malades, et cependant oculistes, masseurs, spécialistes étrangers de toutes espèces viennent en Angleterre ; loin d'être inquiétés, ils sont encouragés par certains médecins des hôpitaux. Il nous est fort agréable de traiter en confrères des médecins étrangers, mais nous voyons avec moins de plaisir leur installation chez nous s'ils n'ont d'autre but que de faire prévaloir leur autorité ou leur importance scientifique. Il nous faut trouver le moyen de changer cet état de choses. »

— Le *British medical Journal* du 7 mai rapporte un cas bizarre de contagion évidente de la coqueluche au chat de la maison.

Vienne. — Par une ordonnance émanée du ministère en date du 27 mai, la distribution des médicaments homœopathiques est réservée aux seuls médecins homœopathes qui suivent bien la méthode des dilutions préconisée par l'école homœopathique. Cette ordonnance a pour but de faire cesser l'abus par lequel, sous le couvert de médicaments homœopathiques, certains médecins livraient eux-mêmes aux malades des remèdes de toute nature.

— La *Gazetta degli Ospitali* du 19 juin annonce que le ministre Crispi a mandé à Rome le docteur Luigi Pagliani, professeur d'hygiène à l'Université de Turin, président de la section piémontaise de la Société italienne d'hygiène avec mission d'organiser une direction générale de la santé publique.

— Le professeur Koch a fait récemment à l'Institut d'hygiène de Berlin une conférence rapportée par le *Berl. klinische Wochenschrift* sur les avantages de la photographie appliquée à la représentation des bactéries. — Ch. S.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décrets en date du 5 juillet 1887, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Dujardin-Beaumetz, médecin principal de première classe ;

Au grade d'officier. — M. Nielly, médecin en chef de la marine ;

MM. les médecins principaux de première classe Guillemin et Moussu ; MM. les médecins principaux de deuxième classe Schaumont et Bazille ; M. le médecin-major de première classe Tardif ;

Au grade de chevalier. — M. le docteur Blet, médecin de la Chambre des députés ;

MM. les médecins-majors de première classe Gils, Heuyer, Pons, Heckel et Bélime ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Grosse, Deschamps, Gatumeau, Warion, Franchet, Héval, Souris et Thouvenin ; M. le pharmacien-major de deuxième classe Dechaux ;

MM. Fontorbe, médecin principal de la marine, Charriez, Brémaud, Joubin, Rémond, Cognes et Rochard, médecins de première classe de la marine.

— L'Académie des sciences, dans sa séance de lundi, 4 juillet 1887, a élu à l'unanimité des 43 membres présents, M. Agassiz, correspondant étranger pour la section d'anatomie et zoologie.

Elle a également nommé, au scrutin, la commission chargée de dresser la liste des candidats à la place du secrétaire perpétuel, laissée vacante par la mort de M. Vulpian. Cette commission est composée de MM. Chevreul, Daubrée, Duchartre, Péligot, de Quatrefages et Marey.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du prosectorat s'est terminé le jeudi 7 juillet 1887, par la nomination de MM. Lejars et Villemin comme prosecteurs titulaires et de M. Delbet comme prosecteur provisoire.

Clinicat chirurgical. — Viennent d'être nommés : Chef de clinique titulaire, M. Beurnier ; chef de clinique adjoint, M. Michaux.

— Le concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux civils de Paris s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Josias, Juhel-Rénoy et Hippolyte Martin.

— Le ministre de l'intérieur vient de créer à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, rue de l'Abbé-de-l'Épée, une clinique laryngologique. Cette clinique, qui recevra des malades à partir du 1er octobre prochain, sera dirigée par le docteur Ruault, médecin-adjoint de l'Institution, qui a été chargé de ce service par arrêté ministériel en date du 30 juin dernier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jaubert (L.-A.), décédé à Seyne. Notre confrère laisse à son fils le docteur Auguste Jaubert (de Serres) l'exemple d'une vie toute de labeur et de dévouement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le chien et les kystes hydatiques chez l'homme (1).

Par le docteur Auguste Ollivier, professeur agrégé à la Faculté de médecine,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Messieurs,

La genèse des kystes hydatiques est probablement une des questions les mieux connues de la pathologie. Il est bien démontré que l'œuf de l'un des ténias du chien, le *Tænia echinococcus*, est, je ne dirai pas l'ancêtre, mais le père de l'échinocoque humain ; celui-ci se développe seulement quand l'un des œufs du ténia en question a pénétré dans notre organisme. Il faut avouer qu'on n'a guère tiré parti d'une notion aussi précieuse au point de vue de la prophylaxie. Chaque mois, chaque semaine peut-être, on publie des observations de kystes hydatiques, de kystes hydatiques du foie surtout; on discute avec chaleur, parfois avec passion, les mérites réciproques des différentes méthodes de traitement. Ce sont là certes des questions d'un intérêt capital; mais il serait, je crois, également intéressant de remonter de l'effet à la cause et d'appliquer les notions actuelles à la suppression même de cette cause, autrement dit de donner à l'hygiène un rang comparable à celui qu'on a accordé jusqu'à ce jour à la thérapeutique chirurgicale.

Il est facile de s'expliquer la fréquence bien connue des kystes hydatiques en Islande. Chaque insulaire posséderait, d'après Krabbe (2), 6 chiens en moyenne, et 28 p. 100 de ces animaux auraient des ténias échinocoques.

La relation de cause à effet étant connue, on pourait formuler à peu près en ces termes la loi de l'étiologie générale des kystes hydatiques : *leur nombre, dans un pays, est directement proportionnel à celui des chiens*, et conclure de là qu'ils sont plus fréquents dans les montagnes que dans les plaines, plus fréquents dans les campagnes que dans les villes. Si je m'en rapporte aux chiffres statistiques qu'a bien voulu me communiquer M. Alexandre, chef du service vétérinaire sanitaire du département de la Seine, Paris doit être à cet égard exceptionnellement partagé : il y existe près de 80,000 chiens dûment inscrits sur les rôles de la cote individuelle de leur espèce, et peut-être 80,000 autres qui sont hors la loi, parce que le fisc ignore leur existence.

Malheureusement il est difficile de traduire nos présomptions par des chiffres : nous manquons de données statistiques précises ; les kystes hydatiques ne tuent pas toujours et les gens qui en sont atteints peuvent succomber à d'autres affections. Quel médecin d'hôpital n'en a pas trouvé de méconnus à l'autopsie d'individus morts de différentes maladies ? On pourrait, à la rigueur, fixer le nombre des porteurs de kystes qui ont produit

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 21 juin 1887.

(2) Krabbe : *Der Island Echinoc.* (*Virchow's Arch.*), 1854, t. XXVI, p. 225.

des accidents assez graves pour appeler l'attention, le nombre de ceux qu'on a traités ; on ne saurait aller plus loin.

Il n'est peut-être pas superflu de rappeler les faits acquis, d'insister sur le rôle pathogénique du chien, sur les précautions à prendre pour éviter ce qui est toujours un inconvénient, souvent un danger. Cette considération m'a décidé à présenter à l'Académie quelques faits empruntés à ma pratique et les réflexions qui me paraissent en découler.

I

Au commencement du mois de novembre dernier, on amène à l'hôpital des Enfants-Malades une petite fille de 9 ans ayant une tumeur du foie qui offre tous les caractères d'un kyste hydatique : voussure au niveau de la région hépatique, saillie circonscrite, lisse, rénitente, qui n'est accompagnée ni d'ictère ni d'ascite, ne donnant lieu à aucun mouvement fébrile; le début de cette tumeur paraît remonter à deux ans ; il a été indiqué par un peu de douleur au niveau du rebord cartilagineux des fausses côtes droites. Peu à peu les dernières côtes furent soulevées par une saillie de la face convexe du foie ; il en résulta une déformation notable de l'hypochondre droit. Une ponction capillaire donna un liquide limpide, non albumineux et renfermant les crochets caractéristiques.

Comme renseignement commémoratif, j'ajouterai que les parents de cette enfant avaient un gros terre-neuve, très affectueux, avec lequel elle jouait souvent ; il est probable que c'est de lui qu'elle avait pris les œufs de ténia.

Avant d'aller plus loin, il me paraît nécessaire d'insister sur la fréquence relative des kystes hydatiques pendant l'enfance. Birch-Hirschfeld (1) a même émis à cet égard une opinion qui me paraît vraisemblable : Souvent, dit-il, des kystes hydatiques dont on a constaté l'existence seulement à l'âge adulte, ont été contractés pendant l'enfance. On sait que la maladie peut passer inaperçue, durer des années, avant d'aboutir à la mort. D'un autre côté, mes deux collègues et amis, MM. Labric et Simon, m'ont affirmé que, dans presque tous les cas observés par eux depuis plus de vingt ans à l'hôpital de la rue de Sèvres, les enfants avaient été en rapport avec des chiens.

Voici un autre fait de même nature également significatif.

Pendant les vacances de l'année 1886, j'eus l'occasion d'observer à Fréjus une dame qui depuis vingt ans rendait par les urines, à des intervalles variés, des hydatides après avoir éprouvé les symptômes d'une véritable crise de colique néphrétique : violentes douleurs dans la région rénale gauche, avec irradiations vers l'aîne, vomissements, et une ou deux fois hématurie, sans fièvre notable. C'était bien une colique néphrétique, seulement les corps vulnérants n'étaient pas des graviers rénaux, mais des hydatides. Les unes étaient intactes, les autres crevées ; leur volume variait entre celui d'une noisette et celui d'une noix; les crises avaient une durée moyenne de un jour et demi à deux jours. Il n'existait aucune saillie dans la région rénale gauche, ni en avant, ni en arrière, ni en bas. La tumeur ne siégeait probablement pas à la partie supérieure du rein, car la malade

(1) Birch-Hirschfeld : *Leberkrankheiten* in *Gerhardt's Handb. der Kinderkhrankh.*, 1880, t. IV, 2e partie, p. 804-807.

n'avait accusé aucun symptôme anormal du côté du diaphragme ou du poumon; elle ne siégeait pas davantage à la partie inférieure, puisque le palper avait donné des résultats négatifs. Il y avait donc lieu de supposer que son siège était à la partie moyenne, au voisinage du hile. C'est évidemment ce qui peut arriver de plus heureux en pareil cas, les organes excréteurs constituent une sorte de soupape de sûreté, permettant l'évacuation d'une partie du contenu du kyste, chaque fois que celui-ci augmente au delà de certaines limites; une ouverture accidentelle se fait, le kyste s'ouvre pour se refermer ensuite; il ne grossit pas.

Dans la recherche des commémoratifs, je fus un moment sur le point d'abandonner mes idées antérieures. Cette personne n'avait pas de chien, n'en avait jamais eu; cependant, en l'interrogeant minutieusement sur sa manière de vivre depuis l'enfance, voici ce que j'appris : Il y a vingt ans, immédiatement après son mariage, la malade était allée habiter Cannes; elle demeurait dans une maison renfermant de nombreux locataires; l'eau potable était fournie par une source qui se trouvait dans le sous-sol. Cette source n'était pas recouverte, l'eau arrivait presque au niveau du sol. Les caves des locataires, entre autres celles d'un café qui occupait le rez-de-chaussée de l'immeuble, étaient groupées autour de la source. Il n'était pas rare de voir différentes personnes, surtout les garçons du café, y descendre avec leurs chiens. Je ne saurais affirmer que les œufs du ténia échinocoque aient été puisés à cette source : la chose est possible, elle serait probable si d'autres locataires de la même maison avaient aussi présenté des kystes hydatiques. Je n'ai malheureusement pas de renseignements à cet égard, la malade ayant quitté Cannes depuis dix-huit ans.

Arrivons à un troisième cas, celui d'un jeune homme à l'autopsie duquel j'ai trouvé plusieurs kystes hydatiques du foie et un autre du ventricule gauche du cœur. Ce malade était traité dans mon service, en 1870, à la Charité-annexe, aujourd'hui hôpital Laënnec. Son observation a été publiée dans la thèse de M. de Welling (1) sur les *kystes hydatiques du cœur*. Je relève un fait extrêmement intéressant dans les notes que j'avais prises sur ce malade. C'était un jeune homme de 19 ans, qui en paraissait 15 tout au plus; il n'était pas mieux développé au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique. Un des êtres qu'il semblait affectionner le plus au monde, c'était un chien qu'il avait depuis l'enfance; à plusieurs reprises il m'exprima, comme il l'avait exprimé à ses parents, le désir que cet animal lui fût amené. A l'époque, je n'attachai pas grande importance à ce détail qui n'a pas été reproduit dans l'observation.

J'ajouterai que j'ai encore traité, dans ces dernières années, des kystes hydatiques du foie chez deux cultivateurs ayant des chiens et s'en occupant peut-être plus qu'on ne fait d'ordinaire.

Ces faits prendront une certaine valeur démonstrative, si on les rapproche d'autres également observés en France. Je rappellerai tout particulièrement ceux qu'a mentionnés M. Rendu : « Dans un mémoire inédit que M. Boinet a bien voulu nous confier, dit cet auteur, plusieurs faits intéresssants de kyste hydatique se trouvent rapportés : un, entre autres, d'une jeune fille qui passait toute sa vie entourée de six chiens, ses favoris;

(1) Louis de Welling. — Thèse de doctorat, Paris 1872, p. 39.

un autre, concernant un chasseur qui gardait ses chiens avec lui jusque dans sa chambre à coucher, et d'autres exemples analogues » (1).

Il est probable que, si on faisait dans ce sens une série d'enquêtes minutieuses, on découvrirait beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit l'origine des kystes hydatiques. Si l'on était bien convaincu qu'en pareil cas, c'est toujours le chien qu'il faut chercher, on finirait par découvrir qu'à une époque ou à une autre de sa vie, le malade s'est trouvé dans d'excellentes conditions pour l'absorption des œufs de ténias échinocoques.

—

J'insisterai peu sur les portes d'entrée par lesquelles ils pénètrent dans l'organisme humain.

Lebert (2) a parlé de l'inhalation. Il paraît plausible que, dans des conditions exceptionnelles de sécheresse, sous l'influence de courants atmosphériques, l'air inspiré renferme les œufs en question : à la rigueur, on peut dire que certains kystes hydatiques limités à l'appareil respiratoire se sont développés par ce mode de contamination. Toutefois, cette idée théorique est loin d'être démontrée, et, si de pareils faits existent réellement, ils doivent être tout à fait exceptionnels.

La pénétration a lieu d'habitude par les voies digestives; elle se fait au moyen des aliments solides ou liquides. A cet égard, il existe des conditions un peu différentes pour la ville et la campagne. L'affection du paysan pour son chien est d'une nature particulière, de forme peu expansive; il l'aime parce qu'il l'aide à garder son bétail, à chasser, à éviter les déprédations des malfaiteurs; s'il est à son aise, il le nourrit bien et lui donne un abri suffisant contre les vicissitudes atmosphériques, et c'est tout. De caresses, il n'en est guère question. D'un autre côté, la délicatesse et le choix des aliments ne sont pas des qualités également répandues dans toutes nos campagnes : par la chaleur, on boit où l'on trouve de l'eau, on mange les fraises sur le fraisier, les salades sommairement nettoyées. J'aime à croire que ces particularités s'observent exclusivement à la campagne.

Il est facile de concevoir avec quelle facilité les œufs du ténia échinocoque peuvent être ingérés dans ces conditions : l'eau les charrie à la suite des pluies, ils s'infiltrent dans le sol, le vent les transporte, chaque plante, chaque source peuvent les recéler et les conserver un temps parfois assez long.

Dans les villes, c'est autre chose : admettons — ce qui n'est pas démontré — que nous soyons à l'abri de toutes les causes précédemment indiquées, il en est d'autres résultant de la douceur générale envers les bêtes et de l'affection pour elles si commune, surtout chez les enfants. Le chien est un animal souvent gracieux, souvent familier, toujours dévoué. « Sans avoir, comme l'homme, la lumière de la pensée, dit Buffon, il a toute la chaleur du sentiment. » Si parfois, à la campagne, en échange des services qu'il rend, il ne reçoit que des bourrades et des coups, à la ville, son affection, on pourrait dire sa tendresse, est généralement payée de retour. C'est un ami de la maison, ni importun, ni compromettant; c'est le premier compagnon des enfants qui le caressent, le lutinent, l'appellent, le renvoient, au hasard de leur jeune imagination dont la mobilité est un des principaux

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1879, 4e série, t. III, p. 213.
(2) Lebert : *Klinik der Bruskheiten*, 1874, t. II, p. 665.

caractères. Il supporte tout avec une patience qui ne s'épuise jamais; aux taquineries comme aux bons procédés, il répond par des marques d'affection. Par malheur, ces marques d'affection ne sont pas toujours inoffensives. Si elles se bornaient à la manifestation du vieil Argus au retour d'Ulysse, il n'y aurait rien à dire; mais le chien lèche la main et, ce qui est pire, la figure; souvent sa langue est chargée d'œufs de ténia pris à différentes sources. Si l'éducation de l'animal a laissé à désirer, il a les prémisses de la tartine qui va servir au goûter des enfants, il enlève la couche superficielle du beurre ou de la graisse, et, en retour, saupoudre d'œufs ce qui reste; il monte sur la table, et peut y déposer aussi quelques œufs. Dans les villes, la présence d'un ou plusieurs chiens à l'intérieur d'un appartement est un danger pour tout le monde. Qu'on développe chez les enfants la mansuétude envers les animaux, c'est une des manières de former le cœur; mais on peut, on doit même leur en interdire les preuves trop objectives : « A chacun sa place — dit M. Jules Arnould, dans un mémoire intéressant sur ce sujet (1) — que le chien se tienne au chenil, quand il ne fait pas œuvre utile au dehors, et qu'il mange dans sa gamelle, à lui exclusive. Quant à la tendance au léchement, il n'y a qu'à ne pas la favoriser ou à la réprimer dans la jeunesse, pour que le chien n'en prenne pas l'habitude. Tout cela ressemble assez à la condamnation du chien d'appartement. Eh bien, je ne m'en defends pas. » Et M. Jules Arnould a raison.

Nous connaissons la série des transformations subies depuis l'entrée de l'œuf du ténia échinocoque dans l'intestin jusqu'à la constitution définitive du kyste hydatique : nous ne les suivrons pas. Rappelons seulement que l'enveloppe de l'œuf se ramollit et se dissout sous l'influence des sucs digestifs, que l'embryon hexacanthe mis en liberté se fraye un chemin à travers la muqueuse jusqu'à son siège définitif. Il y a des dissentiments relativement à son mode de migration : on peut soupçonner seulement la voie qu'il suit d'après le degré de fréquence des kystes hydatiques dans les différents organes. Le foie tient la tête de la série, puis viennent le poumon, le rein, la rate, le cerveau, le cœur, etc. Il y a donc lieu de supposer que les embryons arrivent au foie par la veine porte; ils y restent souvent; d'autres fois, ils s'engagent dans les veines sus-hépatiques et arrivent ainsi dans le cœur droit, d'où ils gagnent le poumon. Ceux qui ne s'y arrêtent pas peuvent traverser les capillaires pulmonaires, gagner le cœur gauche et être lancés dans la grande circulation. Ce mode de propagation paraît plus vraisemblable que la transmission par les voies lymphatiques ou le cheminement direct par les interstices des tissus; dans certains cas seulement celui-ci semble évident.

II

Des considérations que nous avons développées jusqu'ici, il nous paraît résulter que, s'il est souvent hors de notre pouvoir de supprimer radicalement les kystes hydatiques, on réussirait peut-être, avec un peu de soin et de méthode, à en diminuer le nombre. Quels sont les deux facteurs principaux qui favorisent leur développement? Ce sont : 1° la malpropreté et l'incurie dans le choix et la préparation des aliments et des boissons;

(1) Arnould (Jules) : *Les échinocoques de l'homme et les ténias du chien.* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1881, 3e série, t. VI, p. 319.)

2° une manière de vivre dans laquelle il existe des communications trop étroites entre les chiens et l'homme.

Je ne dis rien de la première condition : il faut espérer que l'éducation et la vulgarisation de l'hygiène finiront par en avoir raison. Bien nettoyer les salades, les racines alimentaires, les légumes qui croissent au ras du sol et se mangent verts ; ne point boire, sans la filtrer ou la faire bouillir, l'eau des sources, puits ou citernes non couverts, etc., voilà les principales prescriptions qu'il convient de formuler. Pour la seconde, c'est une autre affaire : on peut d'abord essayer de protéger les animaux dans une certaine mesure, ne point les nourrir, comme on le fait trop souvent, de détritus de boucherie ou d'abattoir. Qui dit chien de boucher dit à peu près toujours chien atteint de ténia. Mieux vaudrait à tous points de vue une destruction précoce et radicale de débris qui ne peuvent rien produire de bon. On a parlé de tenir toute l'espèce en suspicion et de condamner impitoyablement à mort les vagabonds. Pour ceux qui n'ont pas de maître, je n'y vois aucun mal ; en thèse générale, les animaux errants peuvent devenir dangereux ; par une équitable interprétation de la loi Grammont, on devrait même frapper d'une amende sérieuse, lorsqu'on les connaît, les gens qui, pour se débarrasser d'un serviteur inutile, l'abandonnent en pleine rue ; mais l'application rigoureuse des mesures de police vise plutôt la rage que les kystes hydatiques. Il faut que les propriétaires de chiens veillent à l'alimentation de ceux-ci et maintiennent, comme nous l'avons dit, leur familiarité dans certaines limites, qu'ils surveillent surtout les enfants ; ils diminueront ainsi chez ces derniers les chances des kystes hydatiques.

En somme, il y a malheureusement encore trop de maladies que nous pouvons rarement guérir et dont nous ne savons comment nous préserver, le cancer, par exemple ; d'autres, parfois tout aussi graves, ne présentent pas le même degré de fatalité : on sait comment elles viennent, comment elles évoluent ; les kystes hydatiques sont de celles-là. Sans supprimer l'espèce canine, — mesure à laquelle personne n'a jamais songé — il est possible qu'en appliquant rigoureusement les notions que nous fournit l'hygiène, on diminue dans une notable proportion le nombre de ces kystes. Je crois que tous les conseils qu'on peut donner à cet égard, toutes les mesures prophylactiques qu'on peut provoquer sont amplement justifiées par la nature même du but à atteindre et la certitude qu'on a de pouvoir l'atteindre.

REVUE DES JOURNAUX

Epilepsie ; un moyen de prévenir les accès. — Le docteur F.-W. Devereux Long, de Londres, a fait la communication suivante au *British medical Journal* du 9 avril 1887 : « Une dame de 23 ans, à laquelle je donnais des soins depuis environ deux années, était atteinte d'épilepsie depuis cinq ans, maladie qu'elle attribuait à un coup qui lui avait été porté sur la tête par un homme chargé d'une planche. Les accès étaient fréquents lorsque je devins son médecin, mais elle pouvait presque toujours les faire avorter en avalant un verre d'eau froide, lorsqu'elle en avait un sous la main ; comme elle ne pouvait pas avoir ce moyen toujours à sa portée, elle me pria de lui en indiquer un qu'elle pût avoir partout avec elle. Je lui conseillai de se munir de globules renfermant chacun 5 minimes de nitrite d'amyle, et, à la première sensation de l'*aura*, d'en briser un dans son mouchoir de poche et d'en aspirer les émanations. Le moyen manque

rarement son effet, et souvent il coupe court un accès, surtout dans la première période. Je l'ai trouvé utile dans plusieurs cas semblables. ». — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Bouchard présente une note de M. Bonnal, intitulée ; *Du mécanisme de la mort sous l'influence de la chaleur.*

« De nos jours, et quoiqu'on puisse s'en montrer surpris, l'importance du rôle que joue l'évaporation dans la tolérance aux hautes températures est encore à établir ; et Cl. Bernard, après avoir constaté que *la question traitée par Delaroche n'est pas absolument résolue, comme beaucoup de physiologistes paraissent le croire,* a soin de déclarer que ce sujet n'a pas fait l'objet de ses recherches et qu'il s'est uniquement occupé d'étudier le mécanisme de la mort sous l'influence de la chaleur.

« Les expériences qu'à mon tour j'ai entreprises ont eu pour but d'étudier à la fois et le rôle joué par l'évaporation et le mécanisme au moyen duquel la mort survient quand on soumet, durant un temps trop long, un être vivant à une température beaucoup trop élevée pour lui. Ces deux études ne peuvent être disjointes, et c'est certainement à tort que Cl. Bernard a cru pouvoir les scinder.

« J'ai expérimenté exclusivement sur l'homme, alternativement plongé dans un milieu liquide, dans une étuve sèche et dans une étuve saturée de vapeur ; le corps nu et le corps enveloppé ; la tête hors de l'étuve et la tête dans l'étuve, en ayant soin de noter très exactement les perturbations physiologiques au fur et à mesure qu'elles se produisaient, condition qu'on ne peut réaliser quand on expérimente sur les animaux et sans laquelle il est impossible de trouver la solution du problème. J'ajouterai que j'ai dû expérimenter sur moi quand il s'est agi de températures très élevées ; et c'est ainsi qu'il m'est arrivé de prendre des bains d'air chaud à 135° et des bains d'eau chaude à 46°, séjournant dans les uns et dans les autres quinze minutes et attendant pour en sortir le moment où la syncope allait se produire.

« Mes expériences, poursuivies pendant plus de six ans, et s'élevant à environ 130, peuvent se résumer dans les conclusions suivantes :

« De même que les observations météorologiques, les expériences dans les étuves démontrent que la vie est possible dans des milieux dont la température est supérieure à celle de l'homme. J'ai pu séjourner trois heures dans une étuve sèche à 40° sans constater parfois une élévation de plus de 0°,1 ou 0°,2 de la chaleur animale.

« La tolérance pour les hautes températures est de beaucoup plus grande dans l'air sec que dans l'air saturé de vapeur, et que dans le bain d'eau. Ainsi, il n'est pas plus pénible de séjourner quinze minutes dans une étuve sèche à 135° que de séjourner durant quinze minutes dans un bain d'eau à 46°, la tête seule émergeant de la baignoire. Cette tolérance varie d'un individu à l'autre et est intimement liée à l'état des forces. L'âge, le sexe, le poids, la constitution ne paraissent pas l'influencer.

« Un séjour, même de courte durée, dans un milieu dont la température est supérieure à celle de l'homme, a pour effet constant de provoquer une perte de poids. Cette perte est en rapport direct avec la température du milieu et la durée du séjour. A température égale, elle est beaucoup plus grande dans l'air saturé de vapeur que dans l'air chaud. Après un séjour de trois heures dans une étuve à 40°, j'ai constaté une différence de 1,100 grammes et, chez le même sujet, une perte de 600 grammes après un séjour de vingt-cinq minutes, dans une étuve saturée de vapeur à 41°. De plus, tandis que la transpiration s'arrête immédiatement et d'elle-même au sortir d'un bain d'air chaud à 50°, elle se continue pendant très longtemps au sortir d'un bain saturé de vapeur ou d'un bain de baignoire à 40°. Après un bain d'eau à 46°, d'une durée de quinze minutes, la transpiration a continué pendant une heure. J'étais couché et enveloppé d'un simple peignoir de toile et la perte totale a été de 2,200 grammes. C'est donc

à tort que Claude Bernard a conclu de ses expériences sur les animaux que la perte de poids est nulle dans la chaleur humide.

« Quelle que soit la perte de poids subie, cette perte est récupérée après un intervalle de vingt-quatre heures, et, si elle a été considérable, les urines émises durant ce laps de temps sont presque nulles et ne réapparaissent que quand l'organisme a repris son poids normal.

« L'intensité des troubles physiologiques qu'on observe lorsque l'être vivant est soumis à une température supérieure à la sienne est d'autant plus grande que la température du milieu est plus élevée et le séjour plus long ; elle est plus marquée, toutes choses égales d'ailleurs, dans le bain d'eau et dans le bain saturé de vapeur que dans l'étuve sèche.

« L'ordre dans lequel ces troubles se montrent est très variable ; tantôt c'est la gêne de la respiration qui commence et tantôt l'accélération du pouls. De plus, la fréquence de la respiration et celle du pouls ne sont pas toujours en parfaite concordance.

« Quant à la chaleur animale, son élévation, *fait très important à noter*, ne se produit qu'après l'apparition des troubles physiologiques et ne les précède jamais.

« Le rôle de l'évaporation dans la tolérance aux très hautes températures me paraît à peu près nul, et pourtant la sueur est d'autant plus abondante que le danger est plus pressant, et elle ruisselle alors sur tout le corps.

« Il me paraît parfaitement établi que la mort est le résultat direct de la lésion du système nerveux grand sympathique. C'est lui, comme on le sait, qui est l'unique régulateur de toutes les fonctions indispensables au maintien de la vie ; quand il se trouve vaincu dans la lutte qui lui est livrée, la respiration et la circulation s'accélèrent de plus en plus, la température s'élève et la mort survient.

« Il y a lieu d'être surpris que Claude Bernard, après avoir si magistralement établi le rôle du système nerveux et avoir déclaré qu'*il est le passage obligé entre l'être vivant et le monde qui l'entoure*, ait oublié ces vérités irréfutables et qu'il ait attribué la mort sous l'influence de la chaleur à la perte des propriétés vitales de la fibre musculaire de la vie organique.

« Les conséquences qui découlent de la connaissance de ces faits me paraissent avoir une importance extrême au point de vue clinique. L'élévation de température que l'on constate dans les pyrexies aiguës doit être considérée comme un *effet* et non comme une *cause :* elle n'est, en un mot, qu'un *symptôme.* Si, dans le traitement de quelques-unes d'entre elles et en particulier dans celui de la fièvre typhoïde, l'emploi des bains est si efficace, ce n'est pas parce qu'on obtient, grâce à eux, un abaissement de quelques degrés de la chaleur animale, mais bien parce qu'ils ont une action directe sur le système nerveux qu'ils influencent favorablement et qu'ils ramènent pour un temps plus ou moins long à son fonctionnement normal. »

M. le général Menabrea donne lecture de la lettre suivante de M. Antonio Favaro, professeur à l'Université de Padoue, relative au projet de publication des Œuvres complètes de Galilée :

« L'Italie va entreprendre sous peu, aux frais de l'Etat et sous le patronage de S. M. le Roi, une nouvelle édition, aussi complète que possible, de toutes les Œuvres de Galilée.

« Ayant été chargé de diriger cette édition, j'ai l'honneur de m'adresser, à cet effet, à tous les directeurs d'archives ou de bibliothèques, aux collectionneurs d'autographes, aux savants, aux amateurs et aux chercheurs de tous les pays, pour en obtenir l'indication des autographes ou des copies des travaux de Galilée, de ses lettres, de celles à lui adressées par d'autres, ou bien entre autres se rapportant à lui, des documents relatifs à ses études ou à sa vie..., enfin, de tout ce qui peut contribuer à rendre la nouvelle édition complète et définitive.

« Les noms des personnes qui auront eu l'obligeance de me communiquer ces documents seront honorablement mentionnés dans l'ouvrage, et tous les frais qu'elles auront à supporter seront immédiatement remboursés. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE (1)

Séance du 12 juillet. — Présidence de M. SAPPEY.

M. PETER : Par une singulière coïncidence la veille du jour où M. Pasteur montait à cette tribune pour y déposer le rapport anglais qui semble affirmer l'efficacité de sa méthode, je recevais du docteur Miquel (de Paris) un télégramme m'annonçant la mort par la rage d'un inoculé de M. Pasteur.

Par une coïncidence non moins singulière, à 8 jours de distance, et alors que je devais monter à la tribune pour vous parler de mon incompétence quant à la rage, je recevais du docteur Deviller de Guise (Aisne), un télégramme m'annonçant la mort par la rage d'un autre inoculé de M. Pasteur.

Voici cette dépêche :

« Guise, 11 juillet.

« Bourgeot, Eudes, commune Audigny (Aisne), mordu le 24 avril, chien enragé, traité « Institut Pasteur le 28 avril, sorti le 21 mai. Mort aujourd'hui, enragé.

« Docteur DEVILLERS, de Guise (Aisne). »

Ainsi cette nouvelle victime de la rage a été inoculée quatre jours après la morsure; on ne peut donc pas arguer du long temps écoulé entre l'infection de l'organisme et l'application du remède. Enfin, elle a succombé 48 jours après la morsure, c'est-à-dire encore dans les limites ordinaires de l'incubation classique de la rage, que les inoculations postérieures n'ont pas sensiblement étendue.

Ainsi, Messieurs, on n'a jamais tant vu mourir de la rage que depuis qu'on en possède le remède sauveur.

Maintenant, parlons de mon incompétence.

Mardi dernier, je citais à l'Académie le cas de mort de Hurot, inoculé à l'Institut Pasteur dans les conditions d'opportunité, de temps, les plus favorables à la réussite de la méthode : et voici que l'on m'objecte que je suis incompétent ! Mais le plus incompétent qu'on puisse voir, incompétent à tous les degrés, incompétent non seulement au point de vue expérimental, mais encore au point de vue clinique,

Je ne comprends pas.

Est-ce que Hurot ne serait pas mort? Ne serait-il pas mort de la rage? mort de rage après morsure? mort de rage après et malgré vos inoculations? mort de rage dans les limites d'incubation moyenne de la rage? limites que les inoculations préventives n'avaient même pas réussi à rendre plus étendues.

Comment ! je cite un cas de mort par la rage, bien qu'il n'y ait eu qu'une seule morsure — une seule morsure au doigt et non à la face —(morsure au doigt, qualifiée par les pastoriens de moins dangereuse que celle de la face), et il m'est objecté que les commissaires anglais ont donné leur satisfecit à la méthode dite préventive, tandis que les expérimentateurs de Vienne, de Naples et de Lisbonne ont fait des travaux sans valeur.

Il semblerait que M. Pasteur ait tiré d'un casier de sa mémoire, trop fidèle, un discours préparé d'avance et destiné à réfuter des objections que je n'ai pas faites, de sorte que les lèvres de celui qui ne m'a pas répondu se sont trompées de date comme d'objet.

Ainsi, voilà qui est entendu : je cite un cas de mort par la rage malgré les inoculations, dites préventives, et l'on me déclare incompétent !

Incompétent, comment? Incompétent, pourquoi?

Incompétent, quant aux insuccès de la méthode dite préventive, mais il faudrait n'avoir pas d'yeux pour ne pas voir.

Cependant, après réflexion, je commence à comprendre. Je suis incompétent, parce que je n'ai pas fait d'expériences. Et les 99 centièmes de mes collègues, dans cette Académie, sont, à ce titre, incompétents comme moi.

Des expériences ! Mais celui qui croit avoir trouvé la prophylaxie de la rage en a fait

(1) Voir le dernier numéro.

pour moi. Des expériences! Mais Von Frisch, à Vienne; Abreu, à Lisbonne; de Renzi et Amoroso, à Naples, en ont fait qui contredisent celles de M. Pasteur.

Et, d'ailleurs, je serais très embarrassé : clinicien depuis 35 ans, mais expérimentateur improvisé, c'est alors qu'on aurait décliné à juste titre mon incompétence. Je dois donc, et avec raison, dans cette affaire d'expérimentation, m'en rapporter aux expériences d'autrui.

(Ici M. Peter refait l'historique des expériences contradictoires exécutées à Vienne par M. Frisch, à Naples par MM. Amoroso et Renzi).

Le doute philosophique pourrait être ici de mise, mais M. Pasteur lui n'hésite pas. Il déclare que les expériences de Vienne, de Naples et de Lisbonne sont entachées d'erreur et ne signifient rien. Voilà donc que les expérimentateurs, Von Frisch, Abreu et Amoroso sont déclarés incompétents comme le clinicien Peter.

Au contraire, M. Horsley, jeune homme de 29 ans, professeur, comme je l'étais quand je faisais des conférences à l'École pratique, ayant, par ses expériences, obtenu des résultats qui concordent avec ceux de la rue Vauquelin, M. Pasteur déclare que ces seules expériences ont de la valeur et que M. Horsley seul est compétent.

Mais la compétence, dans l'espèce, n'est autre que le jugement porté sur un système de médication. Cette médication, ce n'est pas moi qui l'applique; elle est appliquée par des mains compétentes et avec des liquides compétents; j'en apprécie seulement les résultats.

Or, toute médication se juge par l'abaissement du chiffre de la mortalité; or les chiffres de la mort par la rage, et par an, depuis l'application de la méthode dite préventive, sont semblables à ceux des moyennes annuelles de la mortalité par la rage dans notre pays.

Voici d'ailleurs l'énumération officielle des inoculés de M. Pasteur qui sont morts de rage depuis le 1er janvier 1887 :

1° Tansey, 1er janvier 1887.
2° Gérard, 3 janvier.
3° Gorvot, 14 janvier.
4° Bergé (de Bordeaux), enfant, 30 janvier.
5° Foulup, Tour-du-Pin (Isère), 24 janvier.
6° Alfand, femme de Viqueaux (Basses-Alpes), 3 janvier.
7° Saintes, Maison-Carrée (Alger), 24 février.
8° Charagnac, enfant (Arles), 10 mars.
9° Hydroin de Sallèle, 56 ans, 17 mai.
10° Gachet (de Vierzon), 25 ans, 2 mai.
11° Hurot (de Paris), 42 ans, 4 juillet.
12° Bourgeot (de Guise), 11 juillet.

Il faut y ajouter les morts non inoculés. En prenant la moyenne de l'année 1886 qui est de 10, cela fait pour six mois, 9, qui, ajoutés à 12, font 21 pour six mois, et 42 pour l'année entière; c'est plus que la moyenne habituelle.

Je sais bien que dans vos statistiques vous entassez Pélion sur Ossa, des montagnes d'inoculés sur les montagnes de mordus; mais ces statistiques prodigieuses ne sont pas pour vaincre des médecins sérieux.

M. Pasteur m'a objecté que, dans le cas de mort pas rage paralytique survenue à la suite — disons par le fait — de la méthode intensive, je n'avais pas donné la preuve expérimentale par l'inoculation du bulbe et qu'ainsi mes assertions étaient nulles et non avenues.

Il pourra faire la même objection pour Hurot (de Paris) et pour Bourgeot (de Guise), car on n'a pas inoculé leur bulbe.

J'ignore si dans la section de minéralogie, dont M. Pasteur fait partie à l'Institut, les minéralogistes, ses collègues, sont aussi méticuleux pour les preuves; mais nous autres, pauvres médecins, sommes un peu plus coulants; et pour déclarer que tel individu a succombé par exemple à la variole, nous n'attendons pas la preuve par l'inoculation. Il nous suffit d'avoir constaté les prodromes et d'avoir vu les pustules. Autrefois, également pour la rage, nous osions affirmer que tel individu mordu par un animal enragé

était mort, soit avec le phénomène convulsif et l'hyperesthésie générale que l'on sait, soit (surtout depuis la méthode intensive), avec des phénomènes paralytiques, précédés et accompagnés de douleurs lombaires et abdominales. Mais M. Pasteur a changé tout cela !

Ici, je crois devoir aborder un point de doctrine important :

M. Pasteur s'imagine être le continuateur de Jenner, ce en quoi il se trompe, comme sur tant d'autres choses en médecine. Ce qu'il continue, ce sont les *inoculations* d'autrefois, les inoculations de la variole, la variole avec tous les dangers possibles qui résultaient parfois des inoculations malgré les précautions multiples dont les inoculateurs les entouraient.....

En terminant, M. Peter déclare que désormais il ne prendra plus la parole dans ce débat. Il estime que le controverse est déjà trop longue, la cause étant bien entendue.

Le surmenage dans les écoles, la prophylaxie de la syphilis attendent à l'ordre du jour des séances de l'Académie, et il estime que ce sont là des questions plus fécondes en résultats pratiques que celle du traitement préventif de la rage.

FORMULAIRE

Teinture contre la lientérie des enfants. — J. Simon.

Teinture de quinquina	5 grammes.
Teinture de rhubarbe	2 —
Teinture de colombo	2 —
Teinture de noix vomique	0,50 centigr.

Mêlez. — De 5 à 10 gouttes, avant les deux principaux repas, dans de l'eau froide, ou dans de l'eau chargée de vin de quinquina. — Régime spécial composé d'aliments réduits en pulpe, tels que pulpe de viande, pulpe de légumes cuits, œufs, et de temps en temps, purée de pommes de terre ou de lentilles. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le docteur Bennet May est nommé professeur de chirurgie au Queen's College de Birmingham.

— Le docteur Ehrendorf de l'Université de Vienne est appelé à la chaire d'accouchement et de gynécologie de l'Université d'Insbruck.

— Le professeur Fleischer (d'Erlangen) est porté en première ligne pour la nomination à la direction de la polyclinique de la Faculté allemande de médecine de Prague.

— Le docteur Lustgarten est nommé privatdocent de dermatologie et de syphilis à la Faculté de médecine de Vienne.

Nécrologie. — Le professeur Friedlander (de Berlin) rédacteur du journal *Forschritte der Medicin;* le professeur Alf. Meadows (de Londres) ; le docteur Schroff, professeur de pharmacologie à l'Université de Vienne.

— La *Deutsche med. Wochenschrift* du 30 juin annonce la création prochaine d'une chaire de physiologie et de chimie légale à la Faculté de médecine de Berlin.

— Pendant l'année scolaire 1886-1887, qui vient de s'écouler, l'enseignement a été donné à la Faculté de médecine de Buda-Pesth par 16 professeurs ordinaires, 4 professeurs extraordinaires, 11 professeurs titulaires, 28 privatdocents et 33 assistants. Les cours ont été fréquentés par 1,195 étudiants en médecine, 195 pharmaciens, 78 sages-femmes.

— Le dernier recensement a donné des résultats intéressants relativement à la longé-

vité en Italie. On a relevé dans toute la péninsule 381,229 personnes ayant dépassé 75 ans, — 195,997 hommes et 185,232 femmes, soit une proportion de 13 p. 1,000 personnes. La ligurie, la Marche et l'Ombrie sont les provinces les plus favorisées à cet égard, tandis que la Lombardie est la moins favorisée.

— Un Institut médical d'électrodynamie vient d'être fondé à Londres ; la direction en est confiée à W. Lynel.

— Nous lisons dans le *The amer. Journal* le récit d'un attentat singulier. Le docteur Lane rapporte qu'un malade a donné un violent coup de faucille au chirurgien qui lui avait pratiqué, de son consentement et du consentement de sa famille, l'opération de la castration pour une tumeur maligne des testicules. — Ch. S.

COURRIER

Par décret en date du 7 juillet 1887, M. le docteur Le Roy des Barres, chirurgien résident de la maison d'éducation de Saint-Denis, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur

— Le concours pour la nomination à une place de chef des travaux anatomiques a commencé le lundi 11 juillet 1887, à midi et demi.

— Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux vient vient de se terminer par la nomination de MM. Princeteau et Phélipot.

— M. le docteur R. Berland vient d'être nommé médecin-adjoint des hôpitaux de Poitiers.

— Sont nommés chefs de clinique médicale : MM. Durand-Fardel et Martinet.

M. Gilles de la Tourette a été nommé chef de clinique des maladies du système nerveux.

Bulletin bibliographique.

Etude sur les hernies du gros intestin considérées spécialement dans les régions inguinale et crurale, par le docteur Merigot de Treigny.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez G. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.

Etudes sur la coqueluche, par le docteur Clemente Ferreira.

Cet ouvrage se trouve à Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Uréthrotomie interne à l'aide de l'uréthrotome à bout coupé, par le docteur R.-E. Bétancès.

Cet ouvrage se trouve à Corbeil, imprimerie Crété.

Vient de paraître à la librairie Garnier frères, rue des Saints-Pères, 6, à Paris, le complément de l'hygiène de la génération :

Célibat et Célibataires, par l'auteur du *Mariage*, montrant toutes les causes secrètes et les mobiles cachés de cet état anormal chez les deux sexes, avec tous les inconvénients, les dangers et les maladies en résultant. Ses rapports avec l'onanisme, la prostitution et le concubinage sont ainsi mis en évidence sous ses huit formes distinctes : Du célibat religieux; Du pseudo-célibat. D'où les mesures sociales et fiscales indiquées contre ses adeptes et l'hygiène spéciale pour ceux qui y sont forcés. — Un vol. in-18 de 542 pages.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

L'ulcère simple du duodénum.

La concentration de plus en plus accentuée des recherches contemporaines sur le terrain de l'expérimentation physiologique, de l'anatomie pathologique micrographique et de la bactériologie semblerait faire croire que l'ère de la clinique pure est fermée; il suffirait cependant de lire le mémoire que vient de publier M. J. Bucquoy sur l'ulcère simple du duodénum (1) pour se convaincre qu'il existe encore bien des points obscurs de la pathologie et de la clinique où l'observation des malades, faite suivant les belles traditions de notre école, permet à elle seule de porter la lumière.

I

L'histoire de l'ulcère simple de l'estomac, créée de toutes pièces et si complètement par Cruveilhier, est un des apanages de notre patrimoine médical. Sauf l'étiologie et la pathogénie qui demeurent encore ouvertes aux controverses, toutes les particularités nosographiques en sont depuis longtemps connues. Il n'en était pas de même jusqu'ici pour l'ulcère du duodénum, qui obtenait à peine dans les traités de pathologie une courte mention à la fin du chapitre consacré à la maladie de Cruveilhier.

C'est seulement, il est vrai, depuis 1861 qu'on a commencé à amasser des matériaux cliniques sur la question. Klinger (2) connaissait alors 13 cas d'ulcère duodénal ; Trier apporta en 1863 un stock de 26 observations nouvelles ; Krauss (1865) en passait en revue 80 cas. Le plus récent travail avant celui de M. Bucquoy, celui de Chvostek, avait ajouté aux acquisitions précédentes 55 observations puisées à diverses sources, et 8 cas personnels. C'est donc un catalogue de 143 faits que le médecin de l'Hôtel-Dieu a trouvé dans la science.

Il l'a enrichi de 5 observations qu'il a recueillies lui-même dans sa pratique hospitalière et urbaine. La sanction anatomique a manqué, il est vrai, dans ces dernières ; trois malades ont guéri définitivement, une est encore en observation, un dernier cas a été mortel (péritonite par perforation avec fistule stercorale ouverte à l'ombilic); néanmoins, dans quatre

(1) *Archives générales de médecine*, 1887.

(2) Bibliographie. — Klinger (de Würzbourg) : *L'ulcère perforant du duodénum* (*Arch. f. phys. Heilkunde*, t. II, p. 5, 1861). — Falkenbach : *De ulcere duodenali chronico* (Berlin, 1863), — F. Trier : *Ulcus corrosivum duodeni* (Copenhague, 1863). — Krauss : *Das perforirende Geschwür in duodenum* (Berlin, 1865). — E. Garnier : *De l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum* (Th. Paris, 1865), — P. Morot : *Essai sur l'ulcère simple du duodénum* (Th. Paris, 1865). — A. Teillais : *De l'ulcère chronique du duodénum* (Th. Paris, 1869), — J. Nidergang : *Essai sur l'ulcère du duodénum* (Th. Paris, 1881). — C. Allonele : *De l'ulcère perforant du duodénum* (Th. Paris, 1883). — Chvostek : *Wien. med. Jahrbücher*, 1883.

de ces faits, le diagnostic d'ulcère du duodénum, basé sur une analyse minutieuse des symptômes, ne paraît guère contestable.

Appuyé ainsi sur ses observations personnelles et sur celles de ses devanciers, M. Bucquoy a pu écrire : « L'ulcère simple du duodénum a sa place marquée dans le cadre nosologique à côté de l'ulcère simple de l'estomac, mais c'est à tort qu'il est généralement confondu avec ce dernier dans une même description. »

II

Aux divers noms sous lesquels a été décrit l'ulcère du duodénum : ulcère *spontané,* ulcère *chronique,* ulcère *perforant*, ulcère *rond*, M. Bucquoy préfère celui d'*ulcère simple*, à cause de sa complète analogie avec l'ulcère simple de l'estomac pour lequel Cruveilhier avait lui-même choisi cette appellation. Le nom d'ulcère simple offre aussi l'avantage de bien établir la différence absolue qui sépare cette lésion du duodénum des ulcérations tuberculeuses, cancéreuses ou autres de cet intestin.

Bien qu'on ait signalé quelquefois des ulcérations simples dans diverses parties de l'intestin, leur siège de prédilection est la première portion du duodénum, depuis le pylore jusqu'à 3 centimètres de cet orifice, plus souvent sur la paroi antérieure que sur la postérieure, quelquefois sur toutes deux ; ou peut voir deux ou plusieurs ulcères simples dans le duodénum, comme dans l'estomac ; il en peut exister dans les deux organes en même temps.

Trier a fait remarquer que la première portion du duodénum, bien que semblable par sa structure aux deux autres, n'est pas sans analogie physiologique avec l'estomac, car elle reçoit des matières alimentaires qui conservent encore la réaction acide de l'estomac jusque dans la portion verticale, point où se déversent les sécrétions alcalines du foie et du pancréas. C'est au système artériel de l'estomac que la première portion du duodénum emprunte ses vaisseaux, par la branche pylorique de la coronaire.

Ces remarques ont leur intérêt, si on se reporte à la théorie pathogénique proposée par Wirchow pour l'ulcère gastrique ; à l'origine, a-t-il dit, la lésion est une sorte de nécrose hémorrhagique, qui dépend d'une altération des vaisseaux. Virchow n'a pas affirmé que cette altération fût toujours une thrombose artérielle, comme on le répète dans beaucoup de livres; la dilatation des veines par trouble de la circulation porte, le catarrhe aigu ou chronique de l'estomac, lorsqu'il s'accompagne de vomissements répétés ou de contractions violentes, peuvent compromettre assez profondément la nutrition du tissu de la muqueuse pour permettre la formation d'une ulcération qu'agrandit ensuite progressivement l'action corrosive du contenu acide de l'estomac.

Les conditions physiologiques étant en définitive assez semblables dans l'estomac et dans la première portion du duodénum pour justifier l'appellation de portion pylorique ou stomacale de cet intestin, il est naturel d'admettre qu'un processus pathogénique du même ordre doit commander la formation des ulcères gastrique et duodénal.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE justifie encore cette manière de voir; les caractères macroscopiques de l'ulcère du dudodénum rappellent trait pour trait ceux que Cruveilhier a décrits à propos de l'ulcère gastrique. On peut répéter à propos du premier ce que Cruveilhier a dit du second relativement aux dimentions, à la forme du contour; même disposition infundi-

buliforme, avec aspect en gradins des parois; bords à l'emporte pièce, plats ou surélevés par une exsudation plastique sous-muqueuse; tendance à l'ulcération en profondeur qui peut provoquer les deux accidents les plus graves : hémorrhagie foudroyante par ouverture de vaisseaux volumineux et perforation de l'intestin.

Comme il arrive pour l'ulcère gastrique, la perforation de la paroi intestinale peut être retardée par des adhérences avec certains organes voisins, et même en cas de perforation, la généralisation de la péritonite aiguë peut être empêchée par l'existence antérieure d'un travail de péritonite adhésive au voisinage de l'ulcère.

Quand l'ulcère du duodénum guérit, le mécanisme de la réparation ne diffère pas de celui qu'on observe dans l'estomac; il aboutit à une cicatrice ardoisée, rayonnée, qui peut ultérieurement s'ulcérer de nouveau, — qui, dans d'autres cas, en rétrécissant le pylore, amène une dilatation de l'estomac, — qui quelquefois même a provoqué l'occlusion du canal cholédoque et des canaux biliaires, la thrombose de la veine porte.

L'ÉTIOLOGIE de l'ulcère du duodénum demeure obscure.

C'est surtout une maladie de l'âge adulte. On la trouve avec une fréquence beaucoup plus considérable chez l'homme; chacun sait au contraire combien l'ulcère gastrique est plus fréquent chez la femme.

Les excès alcooliques sont la cause la plus souvent signalée dans les observations.

Dans quelques cas, on a signalé la présence d'un corps étranger dur dans le tube digestif, une contusion de l'abdomen.

Curling a bien montré l'influence des brûlures étendues de la peau sur la production d'ulcérations duodénales, mais ces ulcères par brûlures, comme ceux qui ont été signalés à la suite de congélations partielles, d'érysipèle, de pemphigus aigu, de pellagre, n'ont que des rapports éloignés avec l'ulcère simple, spontané, du duodénum.

Le rôle capital attribué aux altérations vasculaires dans certaines théories de l'ulcère simple de l'estomac ne ressort nullement des observations d'ulcère duodénal jusqu'ici publiées.

A propos de la PATHOGÉNIE, M. Bucquoy rappelle les trois théories qui ont été proposées pour expliquer l'ulcère gastrique et qui semblent applicables à celui du duodénum : la nécrose par oblitération artérielle (Virchow); — l'hyperhémie veineuse aboutissant à une érosion de la muqueuse par extravasation hémorrhagique (Rokitansky); — l'inflammation folliculaire aboutissant à l'ulcération (Cruveilhier, Laveran, Galliard). Mais il estime que, si les deux premières peuvent être exceptionnellement invoquées, la dernière seule s'appuie sur un certain nombre de cas rigoureusement observés et sur les données de l'anatomie pathologique complétées par l'examen histologique.

III

« L'HISTOIRE CLINIQUE de l'ulcère simple du duodénum, dit M. Bucquoy, n'a été jusqu'ici que celle de ses terminaisons. Dans la plupart des cas qui ont été publiés, la maladie n'avait pas été soupçonnée; le hasard seul a fait reconnaître, à l'autopsie, la cause de la perforation ou des hémorrhagies auxquelles le malade avait succombé. »

Les ulcères perforants du duodénum ont donné lieu, en effet, aux erreurs de diagnostic les plus variées. On a pu prendre les symptômes de la péri-

tonite par perforation pour une rétention d'urine, pour une attaque de choléra, pour des coliques hépatiques ou saturnines, pour un empoisonnement (erreur déjà signalée par Cruveilhier à propos de l'ulcère gastrique), pour un étranglement interne ou herniaire, voire pour une péricardite. M. Bucquoy montre comment en pareil cas on pourra quelquefois, par une analyse sagace, rapporter le syndrome péritonitique à sa véritable cause. Mais, ajoute-t-il, « si ce diagnostic ultime est intéressant à cause des difficultés dont il est entouré, son utilité pratique paraîtra contestable, puisqu'il ne conduit à aucune action thérapeutique efficace, la mort à bref délai étant la terminaison constante de l'ulcère perforant ».

Quelle différence, si l'on pouvait, au contraire, diagnostiquer l'ulcère duodénal avant l'explosion de la complication irrémédiable! « Cruveilhier, en nous apprenant à reconnaître l'ulcère simple de l'estomac, n'a pas rendu seulement un service signalé à la science, il a sauvé ainsi bien des malades qui n'auraient pas guéri, si on ne leur eût appliqué en temps opportun le traitement si bien formulé par cet éminent médecin ». Ce que Cruveilhier avait fait pour l'ulcère gastrique, M. Bucquoy vient de le faire pour l'ulcère duodénal, puisqu'il a réussi à dégager de l'observation des faits vus par lui-même et de l'analyse critique des cas antérieurement publiés « des symptômes qui, sans avoir une valeur pathognomonique absolue, ont des caractères assez particuliers pour permettre d'établir avec une quasi-certitude l'existence de la lésion duodénale ».

Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement le résumé de ces symptômes que donne l'auteur. Ce sont :

« 1° Des *hémorrhagies intestinales*, ou melæna, à début brusque, éclatant au milieu d'une santé parfaite en apparence, et se répétant pendant plusieurs jours avec plus ou moins d'intensité, de manière à compromettre sérieusement la vie des malades. Souvent le melæna est accompagné ou précédé de quelques hématémèses dues au reflux du sang dans l'estomac.

« 2° La *douleur* qui, lorsqu'elle existe, ce qui est le cas ordinaire, a pour siège une zone correspondant à la face inférieure du foie, un peu à droite de la ligne blanche, entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque.

« On n'observe pas dans l'ulcère duodénal les points xiphoïdien et dorsal de l'ulcère simple de l'estomac ni leurs analogues.

« 3° Des *troubles digestifs*, dont les plus spéciaux à la maladie sont des crises de coliques souvent d'une violence extrême, accompagnées ou non d'indigestion, et qui ont pour caractère de se manifester ordinairement trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments. C'est aussi à cette époque du travail de la digestion qu'éclatent le plus souvent les manifestations graves, les hémorrhagies ou les perforations. »

Ces troubles digestifs, et même la localisation de la douleur, ont certainement moins d'importance au point de vue du diagnostic que ces melæna avec intégrité de l'estomac. « Quand un malade du sexe masculin (c'est presque toujours chez l'homme qu'on observe l'ulcère simple du duodénum) est pris tout à coup d'hémorrhagies intestinales que rien n'annonce et qui cèdent au bout de quelque temps, sans entraîner d'autres désordres que ceux qui résultent d'une anémie extrême (décoloration des téguments, défaillances continuelles, et même véritables syncopes); — quand ces hémorrhagies reviennent avec les mêmes caractères, à des époques plus ou moins éloignées, *laissant dans les intervalles toutes les apparences de la santé;* — quand, enfin, après les crises hémorrhagiques, *le retour rapide*

des fonctions de l'estomac démontre l'intégrité de cet organe, — il y a de fortes présomptions, sinon certitude, que les hémorrhagies ont leur origine dans un ulcère simple du duodénum. »

IV

Lorsqu'on sera arrivé à établir un tel diagnostic d'après les règles ainsi formulées, on inclinera naturellement à porter un pronostic des plus graves en songeant que presque tous les faits connus jusqu'ici ont eu pour aboutissants la péritonite par perforation mortelle ou la mort par hémorrhagie. Toutefois, si l'on réfléchit qu'il existe un certain nombre de guérisons authentiques, si l'on admet avec M. Bucquoy que, les formes bénignes de cette maladie étant mieux connues, le chiffre des guérisons sera bientôt augmenté, on se reprendra à espérer pour le malade atteint d'ulcère duodénal la terminaison la plus favorable, et l'on puisera dans cette espérance la confiance nécessaire pour lui imposer la seule THÉRAPEUTIQUE rationnelle.

Le régime lacté est, comme pour l'ulcère de l'estomac, le moyen de traitement le plus précieux de l'ulcère du duodénum. Le malade prend, toutes les deux heures, un verre de lait non bouilli, froid ou tiédi au bain-marie, coupé d'eau de Vichy.

Au moment des hémorrhagies, le lait sera pris glacé et additionné plutôt d'eau de chaux; si les hémorrhagies sont graves, on aura recours aux applications de glace sur le ventre, aux injections hypodermiques d'ergotine ou d'ergotinine, à l'eau de Rabel, à l'extrait de ratanhia, et surtout au perchlorure de fer.

Dans les périodes où l'ulcère tend à se cicatriser, une révulsion modérée sur l'épigastre et l'hypochondre droit n'est pas inutile.

Mais le point sur lequel le traitement de l'ulcère duodénal diffère du traitement de la maladie de Cruveilhier est relatif au régime au moment de la convalescence. « Tandis que l'ulcération de la muqueuse stomacale oblige à maintenir un régime des plus sévères et à continuer l'usage du lait pendant un temps souvent fort long, le malade atteint d'ulcère du duodénum peut, grâce au bon fonctionnement de son estomac, recourir de bonne heure à une alimentation plus variée et satisfaire ainsi au besoin de réparation que laissent après elles les graves hémorrhagies qu'il a subies. »

P. LE GENDRE.

BIBLIOTHÈQUE

L'AME DE L'ENFANT, observations sur le développement psychique des premières années, par W. PREYER, professeur à l'Université d'Iéna; traduit d'après la deuxième édition allemande, par H. DE VARIGNY. — Paris, Alcan, 1887.

Quel joli titre et combien les mères de famille, passant devant la vitrine de l'éditeur Alcan, doivent se sentir désireuses de posséder le volume! Il est vrai que, le voyant entouré d'autres livres à titres rébarbatifs et purement médicaux, elles doivent avoir le pressentiment d'un désenchantement possible, si elles coupaient les 550 pages de cet in-octavo. Si elles l'ouvraient cependant, ce livre, plus d'une trouverait de l'intérêt à le parcourir; certains chapitres du moins les intéresseraient. Mais ce n'est pas pour les mamans que Preyer a écrit l'*Ame de l'enfant*. Physiologiste, il a écrit pour ses confrères

et pour les psychologues désireux de s'initier aux acquisitions d'une science longtemps dédaignée par eux, aujourd'hui considérée comme leur indispensable auxiliaire.

M. Preyer, ainsi que le traducteur le rappelle, est non seulement un physiologiste de premier ordre, c'est aussi un psychologue et un philosophe; il a traité à la fois, avec une réelle largeur d'idées et avec une précision d'observation minutieuse, un certain nombre des problèmes mystérieux et troublants pour l'esprit humain, auxquels aboutissent les sciences naturelles. M. Preyer, s'étant donné pour tâche d'étudier l'enfant au point de vue physiologique, avant la naissance et pendant les premiers temps qui suivent celle-ci, a, dans un premier volume, exposé la *physiologie de l'embryon;* puis il a abordé le développement psychique du nouveau-né, et la méthode suivie par lui a consisté à tenir un journal quotidien des progrès psychiques de son fils depuis la naissance jusqu'à la fin de la troisième année. Il y avait à la fois plaisir et profit à cette méthode : le cœur du père a dû plus d'une fois s'épanouir de joie lorsque l'observateur constatait un grand progrès accompli dans l'évolution psychique de son *sujet.*

M. Preyer étudie successivement le développement des sens, le développement de la volonté et celui de l'intelligence.

Dans la première partie, après examen de chaque appareil sensoriel, l'auteur passe en revue ce qu'il appelle les premières sensations et émotions organiques (plaisir et déplaisir en général, faim, satiété, fatigue, peur, étonnement).

Dans la seconde partie, nous trouvons l'analyse des multiples mouvements de l'enfant envisagés comme les manifestations de sa volonté, que ces mouvements soient impulsifs ou réflexes, instinctifs, imitatifs, expressifs ou réfléchis. On prend surtout un vif intérêt à la lecture du chapitre où l'enfant, après avoir appris rapidement à sucer, mordre, mastiquer, grincer des dents et lécher, arrive beaucoup plus péniblement, et après tant de tâtonnements, à s'asseoir, à se tenir debout, à marcher. Mais, bien longtemps avant d'avoir pu se tenir droit et ferme sur ses petites jambes, notre petit homme a manifesté son attraction vers certaines personnes ou certains objets par ses sourires et ses baisers; le style technique de l'auteur gâte ici quelque peu la poésie du sujet. « Le baiser rentre dans la catégorie des mouvements expressifs très tardivement acquis, et qui surtout ne semblent pas se transmettre par voie héréditaire. Comme le baiser est inconnu de beaucoup de peuples, on peut le considérer comme un acte conventionnel..... »

Voici, d'après M. Preyer, la série des actes qui en amènent le perfectionnement : « Tout d'abord l'enfant, quand sa mère l'embrasse (sur la bouche), traite les lèvres de sa mère, comme aussi le doigt tenu dans la bouche, ou comme le sein, à la manière d'un objet susceptible d'être sucé; puis il les lèche, comme un jeune chien; l'enfant tolère le baiser d'abord, puis l'évite; peu après, il le rend, quand on le lui demande seulement, et d'une façon malhabile; enfin, de lui-même, il embrasse en signe de remerciement et d'affection..... La longueur de l'apprentissage de tout enfant, pour apprendre à embrasser, est la meilleure preuve que l'on puisse invoquer pour montrer combien il serait erroné de considérer le baiser comme un privilège héréditaire de l'humanité. »

Dans la troisième partie, les chapitres relatifs à l'acquisition du langage, le parallèle des troubles du langage de l'adulte et des imperfections du langage chez l'enfant, sont du plus haut intérêt. Très amusant à suivre ensuite est le développement du sentiment du moi.

Ainsi, l'auteur apprend peu à peu à son lecteur l'art de déchiffrer « l'écriture mystérieuse de l'âme de l'enfant, » art digne par son importance de la peine qu'il coûte à acquérir; car « à celui qui observe l'enfant, au physiologiste et au philosophe, au pédagogue, au médecin et au psychologue, au philanthrope et au pasteur viennent se poser d'elles-mêmes, et avec insistance, les questions les plus hautes, sous la forme enjouée du rôle et souriant visage de l'enfant, questions aussi impénétrables que le grand mystère de la naissance et de la mort. » — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de péritonite chronique guérie complètement par la laparotomie et le drainage. (*Centralblatt für Chirurgy,* p. 782, 1886.) — Beljaeff rapporte le cas d'une femme de 32 ans qui, à la suite d'une fausse couche, fut atteinte d'endométrite et de périmétrite, puis de péritonite chronique simple généralisée.

Une ascite considérable provoqua deux fois la ponction. Mais, le résultat étant nul au point de vue de l'état de la malade et de sa lésion, on se décida à la laparotomie.

On trouva le péritoine viscéral et pariétal énormément épaissi et très vasculaire. Le liquide péritonéal contenait une petite proportion de fibrine et des globules rouges.

On pratiqua un lavage complet du péritoine à l'aide d'une solution très faible de sublimé, et on établit le drainage bilatéral de la cavité péritonéale par le vagin et la fossette de Douglas. Au bout de trois mois de ce drainage, la guérison fut obtenue complètement.

Ce cas rare est favorable à l'opinion de Lawson Tait, qui maintient que la cavité péritonéale est ouverte maintenant aux entreprises de la chirurgie ni plus ni moins que la plèvre ou les cavités articulaires.

La vérité sur l'hamamelis virginica. — La grande extension qu'ont prise dernièrement le commerce et l'emploi de l'hamamelis virginica, et le caractère quelque peu mystérieux des propriétés que lui ont bénévolement attribuées certains auteurs américains, ont amené deux honorables médecins de Philadelphie, les docteurs John Marshall et H.-C. Wood, à entreprendre une série de recherches sur la valeur réelle de ce nouvel agent thérapeutique.

MM. Marshall et Wood ont reconnu que l'hamamelis virginica ne possédait par elle-même aucune puissance toxique, n'exerçait aucune action physiologique spéciale sur le système vasculaire (hélas!) et était parfaitement privée de toute espèce d'alcaloïde. Ils montrent que l'extrait fluide ne contient qu'une très forte proportion de tannin et d'acide gallique, et attribuent les résultats que certains médecins disent en avoir obtenus, dans maints cas d'hémorrhoïdes et de varices, à l'emploi de ce principe astringent. Comme de juste, ce principe astringent disparaît ou plutôt reste dans la turbine pendant le processus de la distillation et les vertus prêtées à l'essence distillée d'hamamelis dépendent surtout de l'alcool qu'elle contient et de la confiance qu'elle inspire.

Il faudrait donc rayer l'hamamelis de la liste des sédatifs vasculaires, où elle figure encore dans quelques bons livres de thérapeutique.

Fonctions des amygdales, par HINGSTON FOX. (*Journal of anatomy and Physiology,* 20e vol.) — Le docteur Hingston Fox, dans un très intéressant article sur ce sujet, exprime l'opinion que ces glandes appartiennent au système digestif par la nature de leurs fonctions et non aux voies respiratoires. On savait déjà que ces glandes favorisent la déglutition en lubrifiant à l'aide de leur sécrétion les voies que doit suivre le bol alimentaire. Hingston Fox pense que leurs fonctions ne se bornent à ce rôle de glandes folliculeuses agminées, mais qu'elles consistent surtout dans la réabsorption de certains principes constituants de la salive sécrétée dans l'intervalle des repas. Ces principes constituants seront utilisés plus tard au lieu d'être entraînés et inutilement perdus dans l'intestin par les nombreuses déglutitions qui ont lieu, à l'état normal, toutes les deux minutes dans l'état de veille, et toutes les quatre minutes pendant le sommeil.

Hingston Fox trouve une preuve de la vérité de cette assertion dans la facilité et la rapidité avec lesquelles les tonsilles absorbent directement les poisons morbides de la salive. — L. Dn.

Clarification de l'eau potable. — Le professeur Dobroslavine (de Saint-Pétersbourg) indique le moyen suivant : Dans chaque douze litres d'eau ajouter 50 centigrammes de perchlorure de fer et 70 centigrammes de carbonate de soude cristallisé. Il se forme un précipité qui entraîne toutes les impuretés en suspension dans l'eau, et laisse l'eau, au bout de quarante-cinq minutes, parfaitement claire. (*The Boston m. and s. Journ.*, 24 mars 1887.)

Le nitrite d'amyle comme sédatif utérin. — Le nitrite d'amyle a été employé avec avantage comme palliatif dans les cas de dysménorrhée. Le docteur Kendle conseille, en outre, de l'employer pour amender les nausées de la grossesse et adoucir les tranchées *post partum*. Dans ce but, il fait briser deux capsules contenant chacune 20 à 25 centigrammes du médicament dans un flacon à odeur, et il prescrit à la patiente d'y faire deux ou trois aspirations profondes lorsqu'elle sent venir le mal. (*The New-York m. J.*, 2 avril 1887.)

Un singe mort de la fièvre jaune. — Dans une épidémie de fièvre jaune qui a régné à Caracas, un singe a présenté les symptômes les plus évidents et les plus caractéristiques de cette maladie : l'injection des yeux, un certain état de stupeur, une soif aiguë, les nausées, l'élévation de la température et, à la fin, la prostration, l'anurie et le *vomito negro*. Le pauvre animal est resté pendant trois jours dans ce triste état, qui s'aggravait de jour en jour; les symptômes ci-dessus indiqués se manifestant successivement jusqu'au quatrième jour, où les souffrances se sont terminées par la mort. (*Saint-Louis Courier of Med.*, avril 1887.)

Le condurango dans les affections de l'estomac. — Le docteur Enrique Suner recommande (*Medic. Press et Circ.*, 20 avril 1887) ce médicament dans les affections soit carcinomateuses, soit catarrhales de l'estomac. Il fait prendre une grande cuillerée de l'infusion toutes les deux heures, et dans tous les cas, dit-il, la douleur a été amoindrie, et l'appétit ainsi que la digestion ont été favorisés. Dans le plus grand nombre des cas de gastrite catarrhale, les nausées douloureuses et les vomissements ont cessé, et par suite les malades se sont remis de la dépression morale qui est l'effet d'un trouble aigu de l'organe de la digestion. Dans les cas de cancer, il va sans dire qu'on ne peut obtenir qu'un soulagement et plus d'aptitude à prendre et à retenir les aliments.

Hygiène sociale. — Le journal anglais *Med. Press and Circular*, du 20 avril 1887, expose dans ses colonnes la proposition suivante d'un sociologiste très zélé, qui, s'appuyant sur l'opinion, généralement admise suivant lui, que les tendances criminelles sont héréditaires, préconise, comme un excellent moyen d'interrompre cette transmission, la castration des criminels dont les crimes seraient démontrés. L'auteur de cette *prophylaxie du crime*, qui offrirait une addition à la terreur que peut inspirer la pensée du châtiment, espère qu'au bout d'un certain temps il en résulterait une grande amélioration dans les mœurs générales par l'extinction progressive des races vicieuses. Ce mode de répression implique naturellement l'abolition de la peine de mort; mais on peut croire que les partisans de cette peine y consentiraient volontiers si le châtiment proposé était admissible. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Présentations. — Rapport sur un cas de pseudarthrose de la mâchoire inférieure guérie par la suture avec une cheville d'os. — De l'identité des kystes ovariens et des kystes para-ovariens. — Kyste hydatique de l'abdomen. — Présentations d'instrument et de pièces pathologiques.

M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, intitulée : *Pseudarthrose de la mâchoire inférieure guérie par la suture à l'aide d'une cheville d'os de veau.*

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans atteinte d'un vice de conformation de la face, caractérisé par une asymétrie ayant pour cause une courbure très exagérée du maxillaire inférieur dans sa moitié gauche, et occasionnant une gêne fonctionnelle considérable, par suite du défaut de concordance des arcades alvéolaires qui rendait la mastication extrêmement difficile, même avec un appareil prothétique. En outre, la face avait un aspect

fort disgracieux. Toutes ces causes réunies faisaient désirer à cette jeune fille une opération qui corrigeât sa difformité. L'étendue de la malformation et l'âge de la malade ne permettaient pas d'espérer le redressement de la courbure au moyen d'un appareil.

M. Richelot pratiqua une opération qu'il désigne sous le nom de *résection orthopédique*, consistant dans l'ablation d'un segment du maxillaire inférieur du côté gauche, dont la courbure était ainsi diminuée, et dans la suture des fragments à l'aide d'un fil d'argent. Afin d'éviter une cicatrice extérieure, l'opération fut pratiquée par la cavité buccale. Elle se termina sans accident et les suites en furent très simples.

Malheureusement cette jeune fille était hystérique et avait de fréquentes attaques de sa névrose, ce qui, joint à son extrême indocilité, empêcha la réunion osseuse des fragments, et amena la formation d'une pseudarthrose.

Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, elle entra à Laënnec, dans le service de M. Routier, qui, dans le courant de janvier 1887, lui pratiqua l'opération de la suture à l'aide d'une cheville d'os (tibia) de veau fraîchement tué.

Cette opération a consisté dans une incision pratiquée sur le bord inférieur du maxillaire mettant à nu la pseudarthrose, la destruction du tissu fibreux interposé entre les deux fragments, le grattage de ces derniers, leur perforation suivant un trajet oblique et l'introduction de la cheville d'os assurant leur immobilité parfaite.

La réunion et la consolidation osseuse n'ont rien laissé à désirer. Aujourd'hui, l'asymétrie de la face a considérablement diminué; les arcades alvéolaires se correspondent d'une manière suffisante pour la mastication des aliments, et la malade, satisfaite de son état actuel, au double point de vue esthétique et fonctionnel, n'a plus éprouvé d'attaques d'hystérie.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser à M. le docteur Routier une lettre de remerciements; 2° d'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire (Adopté.)

M. Magitot admet difficilement un défaut absolu de concordance entre les arcades alvéolaires, et il pense qu'à l'âge de cette jeune fille (16 ans), il y avait des chances d'obtenir, à l'aide d'un appareil convenable, le redressement de la courbure.

M. Richelot répond qu'il aurait pensé à l'application d'un appareil orthopédique si la difformité avait été moins accentuée; mais celle-ci était vraiment trop considérable pour que l'on pût espérer de bons résultats de l'emploi de ce moyen.

— M. Terrillon désire attirer l'attention de ses collègues sur une variété de kystes situés au voisinage de l'ovaire, et sur les rapports qui existent entre les kystes para-ovariens et les kystes ovariens proprement dits ou kystes mucoïdes : ceux-ci, d'après l'opinion générale, étant multiloculaires et contenant de la paralbumine; les autres, les para-ovariens, étant uniloculaires et ne contenant pas de paralbumine.

M. Terrillon a réuni, cependant, quatre observations qui montrent dans quel embarras peut se trouver le chirurgien lorsqu'il s'agit de distinguer un kyste para-ovarien d'un kyste ovarien proprement dit, ou mucoïde, et qu'entre les types bien avérés de ces deux espèces il peut exister de nombreuses variétés intermédiaires.

Après avoir communiqué en détail la principale de ces quatre observations, M. Terrillon termine par les conclusions suivantes :

« Dans le ligament large, on peut trouver deux variétés de grands kystes para-ovariens (indépendants de l'ovaire).

« Les uns sont uniloculaires, à parois simples, avec épithélium cubique et contenu incolore, peu albumineux et ne contenant pas de paralbumine.

« Ils sont de beaucoup les plus fréquents.

« Les autres, ordinairement uniloculaires, ont une paroi plus complexe, quelquefois légèrement végétante par places.

« L'épithélium qui la tapisse est polymorphe; le contenu, plus ou moins coloré, contient de l'albumine et surtout de la paralbumine.

« Ceux-ci se rapprochent donc, par leur structure, des véritables kystes ovariques (épithéliomas mucoïdes).

« Ils semblent être très rares.

« Malgré la différence de structure et de contenu de ces deux variétés de kystes para-ovariens, elle n'est pas assez nettement établie pour qu'on puisse les considérer comme deux espèces distinctes au point de vue de leur origine. »

M. Quénu ne saurait partager l'idée de M. Terrillon d'après laquelle toutes les variétés de kystes ovariens ou para-ovariens devraient être ramenées à l'unité. D'abord, suivant M. Quénu, tous ces kystes doivent être considérés comme distincts au point de vue clinique; ensuite, même au point de vue anatomo-pathologique, ils présentent des nuances qui les différencient d'une manière suffisante.

Pour expliquer les récidives, il n'est nullement nécessaire d'invoquer le revêtement d'un épithélium polymorphe, ni l'existence d'ovaires supplémentaires. Il suffit de la présence d'un épithélium semblable tapissant leurs parois.

Les kystes dermoïdes, si différents des kystes ovariens, ne contiennent-ils pas, eux aussi, des épithéliums mucoïdes?

— M. Bouilly donne quelques détails au sujet de la malade qu'il a opérée mercredi dernier, et dont il a présenté la pièce pathologique constituée par des kystes hydatiques multiples.

Cette tumeur, par son volume, simulait une grossesse d'environ cinq mois; le diagnostic avait été assuré par une ponction qui avait donné issue au liquide des kystes hydatiques.

Admise à l'hôpital comme atteinte de tuberculose pulmonaire, elle entre dans le service de M. Hutinel qui constate l'existence d'une collection abdominale, pratique une ponction, et, voyant la nature hydatique du liquide, fait passer la malade dans le service de M. Bouilly pour y être opérée.

A l'ouverture du ventre, M. Bouilly découvre tout d'abord une série de kystes contenus dans l'épiploon; ceux-ci enlevés, il constate que le petit bassin était rempli de kystes analogues; en les décollant des parties voisines, quelques-unes des poches se rompirent et le liquide se répandit dans le péritoine. On pratiqua des lavages avec une grande quantité d'eau bouillie et filtrée, puis la plaie abdominale fut refermée par la suture.

Les suites de l'opération ont été très simples et la guérison est aujourd'hui complète.

Qu'adviendra-t-il plus tard, et faut-il craindre que des germes d'hydatides contenus dans le liquide épanché ne se développent au bout d'un certain temps, malgré les lavages soigneusement faits? L'avenir seul nous l'apprendra.

M. Tillaux a enlevé, il y a environ une douzaine de jours, une tumeur hydatique volumineuse contenue dans le grand épiploon, dont il avait pu faire le diagnostic à l'aide de la constatation, sur un point très limité de la surface, du frémissement hydatique qui constitue le signe pathognomonique de cette affection, lorsqu'il existe. Mais il existe très rarement et ne se révèle que dans des cas où la poche ne contient que des hydatides pressées les unes contre les autres, sans interposition de liquide. Toutes les fois que la poche contient du liquide tenant les hydatides en suspension, le frémissement ne se révèle pas. Tel est du moins le résultat des observations faites par M. Tillaux, résultat qui s'est vérifié encore dans cette circonstance, car l'examen de la tumeur a permis de constater que sur le point très limité où le frémissement hydatique avait été perçu avant l'opération, existait une poche-mère complètement remplie par les vésicules tassées comme dans un nid, tandis que toutes les autres poches étaient distendues par le liquide.

M. Terrillon ne saurait trop conseiller l'emploi de l'eau bouillie en lavages, toutes les fois que, dans une opération, une quantité, même minime, de sang ou d'un autre liquide, s'est épanchée dans la cavité péritonéale.

Quant au frémissement hydatique, son expérience personnelle confirme l'opinion émise par M. Tillaux sur les conditions du phénomène. Dans un cas où ce frémissement existait, la poche était remplie d'hydatides pressées les unes contre les autres, sans liquide intermédiaire.

— M. Quénu met sous les yeux de ses collègues un nouveau clamp destiné à servir à l'hémostase dans la ligature élastique, pour l'extraction des tumeurs.

— M. le docteur Brun présente des pièces relatives à diverses variétés de bec-de-lièvre. — A. T.

FORMULAIRE

Traitement de la fièvre des foins et du coryza des roses. — Da Costa.

Dans la fièvre des foins à forme asthmatique, on obtient un prompt apaisement de tous les symptômes, en injectant dans chaque narine, 6 à 8 gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. 100. Le docteur Huchard fait insuffler, dans les fosses nasales, une poudre composée de : sulfate de quinine, 2 grammes; benjoin pulvérisé, 4 grammes.

Dans le coryza des roses, la solution de cocaïne d'abord à 2 p. 100, puis à 4 p. 100, diminue l'inflammation locale, et arrête les éternuements. Elle possède en outre une influence sédative prononcée sur le système nerveux tout entier. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Suisse. — La Société de crémation de Zurich a pris la résolution de mettre au concours les travaux nécessaires pour l'édification d'un crématorium.

Il circule du reste en Suisse, et surtout à Bâle, des pétitions demandant au grand Conseil de décréter l'autorisation facultive de la crémation comme cela est prévu dans l'art. IV de la loi sur les sépultures.

— A Odessa, un individu, atteint et mort de la rage, a mordu à l'Institut bactériologique le docteur Bardach, sous-directeur de la station. Ce médecin, bien que déjà vacciné contre la rage par la méthode préventive, s'est soumis de nouveau au traitement intensif. — Ch. S.

COURRIER

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur : M. le professeur Sappey, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier : MM. les professeurs Lannelongue et Duplay; M. le docteur Le Roy des Barres, chirurgien résident de la Maison d'éducation de Saint-Denis.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Mathias Duval, professeur à la Faculté de Paris, Hecht, professeur à la Faculté de Nancy, MM. les docteurs Tapret, médecin des hôpitaux, Terrillon, chirurgien des hôpitaux, Gouel (de Paris), Dechaux (de Montluçon), Espiau de Lamaestre (de Ville-Evrard).

— Par arrêté ministériel, en date du 10 juillet 1887, ont été nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique.* — MM. Damaschino et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; — Coustan, médecin-major de première classe au 122e d'infanterie ; — Poisson, aide-naturaliste au Muséum ; — Strapart, professeur à l'École préparatoire de médecine de Marseille ; — Coyne, professeur à la Faculté mixte de médecine de Bordeaux ; — Paquet, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lille ; — Gayet, professet à la Faculté mixte de médecine de Lyon ; — Lemaistre, professeur à l'École préparatoire de médecine de Limoges ; — Motais, ancien chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine d'Angers ; — MM. les docteurs

Bélugou, à Lamalou-les-Bains ; — Hospital, à Clermont-Ferrant ; — Mme Brès, docteur en médecine, à Paris.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. Goulard, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lille ; — de Lapersonne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; — Morelle et Leroy, agrégés près la Faculté mixte de médecine de Lille ; — Cazeneuve, professeur à la Faculté mixte de médecine de Lyon ; — Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; — Queirel, ancien suppléant à l'École de plein exercice de médecine de Marseille ; — Chevallereau, Desmarres, Le Blond, Lissonde, Maranger, Mène, Morel, Morisson, Nitot et Yvon, docteurs en médecine à Paris ; — Cunisset, professeur de physique à l'École de médecine navale de Rochefort ; — Villiers-Moriamé, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris ; — MM. les docteurs Ferry de la Bellone, à Apt ; — Gouget, à Aix ; — Laisney, à Coutances ; — Chopinet, à Crépy-en Valois ; — Dauzat, à la Bourboule ; — Dejeanne, à Bagnères-de-Bigorre ; — Doutrebente, à Blois ; — Albespy, à Rodez ; — Fournier, à Tours ; — Guillié, à Villeneuve-la Guyard ; — Louveau, à Montmorency ; — Leclerc du Sablon, aide-naturaliste au Muséum ; — Richard, préparateur au Muséum ; — Berna et Seize, pharmaciens à Paris ; — Gourdel, pharmacien à Nanterre, et Roubaud, pharmacien à Marseille.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi 11 juillet 1887, à l'élection de deux correspondants :

1° Dans la section de médecine et chirurgie, où la liste de présentation avait été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Lépine (de Lyon); en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Bérenger-Féraud (de Toulon), Oré (de Bordeaux) et Sirus-Pirondi (de Marseille).

Le nombre des votants étant 39, majorité 20, M. Lépine obtient 33 suffrages (élu); M. Oré, 4, et M. Bérenger-Féraud, 1. Il y a un bulletin blanc.

2° Dans la section d'anatomie et zoologie, les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Fabre (d'Avignon); en deuxième ligne, M. Cotteau (d'Auxerre); en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Marion (de Marseille) et Sabatier (de Montpellier).

Le nombre des votants étant 38, majorité 20, M. Fabre obtient 34 voix (élu); M. Cotteau, 2, et M. Marion, 2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Constant Pellarin, ancien médecin principal de la marine, chevalier de la Légion d'honneur, et Mazary, né à l'île Maurice de famille française, qui excerçait avec distinction, depuis une vingtaine d'années, la médecine à Paris.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS. — La fête du 14 Juillet ayant coïncidé avec le jour de la dernière séance, celle-ci est remise au jeudi 21 juillet. — *Ordre du jour.* — M. Greslou : Vomissements incoercibles. — Avortement provoqué. — Guérison. — M. Doléris : 1° Restauration chirurgicale du col pendant la grossesse. — 2° Présentation de pièces. — 3° Présentation de malades. — Opération d'Alexander.

Bulletin bibliographique.

Enseignement actuel de l'hygiène dans les Facultés de médecine de l'Europe. — 1 vol. grand in-8°. — Prix : 4 fr. — Par poste : 4 fr. 50 c.

Cet ouvrage se trouve chez Le Soudier, éditeur, 174, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 19 juillet 1887. — Délivrée de l'irritante et virulente discussion sur la rage, l'Académie a repris tranquillement, trop tranquillement peut-être, la discussion du surmenage. Nous voulons dire que cette discussisn a plutôt les allures d'une série de conférences sur le même sujet que d'une discussion véritable. Chaque orateur monte à la tribune sur laquelle il déploie un manuscrit plus ou moins volumineux dont il donne lecture devant un auditoire plus ou moins somnolent, suivant la longueur de la conférence.

La monotonie de cette discussion résulte aussi de ce que, tout le monde étant à peu près d'accord sur l'objet principal et sur le but à atteindre, l'intérêt du sujet va en diminuant à mesure que le débat se prolonge et que la conclusion que l'on prévoit, que l'on touche, pour ainsi dire, de l'œil et du doigt, semble prendre un malin plaisir à se dérober.

Les orateurs, puisque orateurs il y a, font l'effet de tourner dans le même cercle; on dirait des virtuoses venant tour à tour exécuter devant un jury de concours, avec plus ou moins de brio, le même morceau.

Ainsi M. le professeur Hardy a lu avec entrain et la verve incisive qui lui est habituelle un discours dans lequel il critique les mauvaises conditions hygiéniques des établissements universitaires, qu'il appelle spirituellement « établissements insalubres », la surcharge des programmes scolaires et l'insanité des questions qu'on y pose, insanité qui va jusqu'à demander à des enfants de 8 ans la description du grand sympathique (*sic*). Il trouve aussi que l'on fait lever les enfants trop matin, qu'on les fait trop travailler et pas assez s'amuser; que les lycées et collèges, ceux du moins qui sont destinés à recevoir des pensionnaires, devraient être situés à la campagne, dans des endroits vastes, bien aérés, où les enfants pourraient respirer un air pur et vivifiant.

Rien de mieux sans nul doute. Mais tout cela, sauf la différence du tour oratoire, bien entendu, avait été dit déjà, et très bien dit, par M. Brouardel et par M. Peter, et presque dans les mêmes termes, y compris la « céphalalgie du surmenage » de M. Peter, que M. Hardy appelle « céphalalgie des collégiens. »

Quant au discours de M. Lancereaux, il se distingue de la plupart de ceux que l'Académie a entendus, par une note particulière. A l'exemple de M. Colin (d'Alfort), M. Lancereaux pense que le surmenage est innocent du plus grand nombre des désordres pathologiques observés chez les jeunes gens de nos écoles, et signalés surtout par MM. Brouardel et Peter. Suivant lui, ces désordres doivent être rapportés à des tendances héréditaires, à un accroissement excessif, à une aération ou à une alimentation insuffisantes, et enfin à une hygiène défectueuse.

Ainsi, l'imperfection de développement des enfants des grandes villes, dont M. Brouardel a tracé le saisissant tableau, s'observerait également chez

les enfants des campagnes et serait, avant tout, le fait d'une tare héréditaire engendrée par la tuberculose ou par l'alcoolisme.

D'autre part, les migraines, les épistaxis, la phthisie pulmonaire même, attribuées au surmenage par M. Peter, ne seraient le plus souvent que des effets de tendances héréditaires se manifestant au moment de la puberté, ou bien encore de l'accroissement rapide ou excessif du corps chez des individus dont l'alimentation laisse à désirer, et cela sans que le travail intellectuel y joue le moindre rôle.

Comme on le voit, les opinions exprimées par M. Lancereaux diffèrent essentiellement de celles de la plupart de ses collègues qui ont pris part à la discussion. C'est pourquoi nous avons cru devoir leur donner une large place dans notre compte rendu, auquel nous renvoyons le lecteur.

Lorsque M. Lagneau, rapporteur de la commission, est monté à la tribune, on a pensé naturellement qu'il venait purement et simplement résumer à grands traits la discussion et lire les conclusions définitives de la commission dont il est l'organe.

L'honorable membre a cru devoir, au contraire, longuement disserter sur tous les points particuliers où il était personnellement en désaccord avec quelques-uns de ses collègues, si bien que le temps lui a manqué pour donner lecture à l'Académie des considérants par lesquels la commission justifie les conclusions qu'elle doit soumettre à l'approbation de la savante Compagnie. Il a donc fallu renvoyer à la prochaine séance la lecture et le vote de ces conclusions. D'ailleurs, l'Académie visiblement fatiguée par deux heures de surmenage, avait lâché pied sans attendre la fin de la séance, et le discours du savant orateur, résumé d'un long et difficile travail d'enquête, s'est terminé devant une salle à peu près complètement vide. — A. T.

Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées. Uréthrotomie interne.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 25 juin 1887,

Par M. le docteur Reliquet.

En 1865, je publie le premier travail fait sur l'uréthrotomie interne avec l'instrument de mon maître, M. Maisonneuve. Je donne les résultats positifs et heureux de cette opération. J'en expose les indications. Je démontre, par des faits, que, même lorsque le sujet présente des phénomènes généraux graves d'intoxication, il est possible de le guérir rapidement en faisant de suite cette opération, dont le résultat immédiat est d'évacuer les liquides infectants, stagnant dans la vessie, le bout postérieur de l'urèthre et les voies urinaires supérieures, les uretères et les reins.

Mon travail de 1865 venait bouleverser brusquement les idées que tous les chirurgiens officiels de cette époque avaient sur la valeur de cette opération. La discussion qu'il provoqua à la Société de chirurgie; les singulières critiques qui en furent faites par le plus grand nombre des membres de cette Société qui prirent la parole (M. Maurice Perrin seul l'a défendue), m'obligèrent à faire une série d'articles dans la *France médicale* d'alors.

Tout cela est bien volontairement oublié maintenant. Les chirurgiens les plus officiels ont tout pris. Ils profitent largement des labeurs d'autrui, des luttes de leurs confrères pour faire accepter un progrès, témoin ce qui s'est

passé à la discussion sur l'uréthrotomie interne qui a eu lieu à la Société de chirurgie il y a quelques mois. Un des membres de cette Société a eu la singulière naïveté de me dire, lorsque je lui rappelai la discussion de 1865 : « Oui! mais c'est bien ancien. »

Au chapitre des indications de l'uréthrotomie interne, à cette époque si éloignée, pour notre confrère, 1865, je disais : « Je ne sais si, considérant l'opération comme la dernière chance qui reste, le chirurgien serait blâmable de la pratiquer en pareilles circonstances. Les observations XVI et XVII, où l'opération a été suivie du rétablissement rapide des malades, malgré la gravité des accidents généraux au moment où elle a été pratiquée, engagent à faire l'uréthrotomie, après avoir prévenu les assistants de la gravité extrême de l'état du malade. »

Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, j'insiste, et même plus énergiquement encore, sur l'utilité de l'uréthrotomie interne (page 318). Mais cette partie de mon ouvrage est certainement vieille encore pour le membre de la Société de chirurgie dont je parle plus haut, elle date de 1869.

Aujourd'hui, j'ai encore à parler de l'heureuse action de l'uréthrotomie interne dans des cas très graves où les accidents généraux étaient tels que les médecins qui ont vu les malades avec moi croyaient peu au succès. Il va sans dire que je faisais, moi aussi, toutes les réserves qu'honnêtement il ne faut jamais cacher en pareil cas.

Il s'agissait de deux cas de glandes périphériques de l'urèthre suppurées, déversant leurs produits de suppuration et de sécrétions dans la section dilatée et enflammée de l'urèthre, située en arrière du rétrécissement. Le mélange de ce pus et de la sécrétion venant des glandes, avec l'urine qui stagne toujours en ce point de l'urèthre, était chez mes deux malades l'origine d'une infection générale des plus graves.

Gubler, en 1840, dans sa thèse sur les cowpérites, dit, page 42 : « Beaucoup d'abcès du périnée, pris pour des abcès urineux, ne sont que des abcès des glandes de Cowper. » Je suis tout à fait de l'avis de Gubler. Jusqu'à présent, on n'a pas suffisamment insisté sur les signes qui différencient les abcès des glandes périphériques de l'urèthre, des abcès urineux, tumeurs urineuses, ou infiltration d'urine au début. Presque tous les chirurgiens actuels, dès qu'ils sont devant un malade atteint de rétrécissement de l'urèthre et portant une tuméfaction sur la continuité de l'urèthre en arrière du point rétréci, font immédiatement l'ouverture cutanée de la tuméfaction; pour eux, ce sont toujours des abcès urineux. Ensuite, ils s'occupent du rétrécissement.

J'ai toujours suivi la pratique contraire : je commence toujours par rétablir le calibre de l'urèthre; je fais de suite l'uréthrotomie interne. Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, page 310, j'insiste sur cette façon de faire et je donne des observations où cette pratique a été suivie de la guérison sans que la tumeur se soit ouverte à l'extérieur. Ainsi, dans les cas de rétrécissements compliqués d'abcès urineux ou d'infiltrations urineuses au début, j'ai guéri sans que le malade ait eu une fistule uréthrale et urinaire consécutive.

Les faits, que je donne aujourd'hui, démontrent que cette pratique de rétablir de suite le calibre de l'urèthre avant d'ouvrir les abcès des glandes périphériques de l'urèthre met aussi à l'abri de la fistule de ces glandes, qui, comme le prouvent les travaux antérieurs de Desprès de Gruget, et

notre travail sur les *fistules uréthrales non urinaires* (1885), n'est pas toujours facile à guérir.

Obs. I. — *Rétrécissement pénien. — Glande de Cowper suppurée se vidant dans l'urèthre. — Etat général infectieux des plus graves. — Uréthrotomie interne. — Guérison.* — En 1882, je suis appelé près de M. X..., âgé de 62 ans. Il était soigné depuis longtemps pour des troubles gastriques, pour une affection des voies biliaires. Jamais le malade n'avait attiré l'attention de ses médecins du côté des voies urinaires.

Etant dans un état général des plus graves, ne pouvant supporter aucun aliment, vomissant tout, même l'eau glacée, ayant du muguet sur toute la bouche et le pharynx, une fièvre intense, la peau jaune ictérique terreux, on fait appeler le docteur Landouzy. L'examen des urines attire immédiatement son attention, et le malade lui raconte qu'il urine très souvent depuis longtemps, et même avec beaucoup d'efforts.

A l'examen extérieur, je trouve une tuméfaction occupant tout le périnée; elle est médiane, d'une consistance molle, uniforme dans toute sa masse. Je ne trouve pas la moindre induration, ni le moindre œdème de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané. Partout la peau est absolument mobile sur les tissus sous-jacents. La palpation ne provoque pas de sensibilité.

Dans l'urèthre, je constate un rétrécissement à la partie moyenne de la verge, très étroit, je ne peux y passer que le n° 5.

Au toucher rectal, rien du côté de la prostate. En explorant, l'index dans le rectum et le pouce sur le périnée, je reconnais que la tumeur est limitée en arrière au périnée, qu'elle s'implante sur le bulbe, et que les tissus de ses parois sont très souples.

De suite j'éloigne l'idée de la poche urineuse, dont les parois ont toujours une densité plus marquée, surtout sur les côtés et à la base. Ce n'est pas non plus un commencement d'infiltration urineuse, il n'y a pas d'œdème dur, et les tissus de cette tuméfaction ne sont ni durs ni rénittents. Au delà de la prostate on trouve la vessie dilatée.

Les urines sont troubles. Lorsque le pus très abondant qu'elles contiennent est déposé, elles ont une teinte jaune orange. Elles répandent une odeur infecte, douceâtre, rappelant tout à fait celle du sperme en putréfaction. La vessie remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Mon diagnostic fut : rétrécissement compliqué d'une inflammation chronique d'une glande périphérique de l'urèthre.

Déjà, en raison de l'état grave, le docteur Landouzy avait prévenu la famille que l'issue funeste était à craindre. Le diagnostic que je venais de faire laissait un espoir, en rétablissant immédiatement par l'uréthrotomie interne le cours des urines, ce qui permettrait de désinfecter les voies urinaires. Mais en raison des accidents généraux aussi sérieux, nous craignions des lésions du côté des reins. A ce moment rien ne permettait d'écarter cette hypothèse, malgré l'absence de tout signe physique ou de douleur du côté des reins, leur examen ayant été absolument négatif. La quantité d'urine par vingt-quatre heures était bonne.

Personnellement, ayant eu depuis longtemps de nombreux faits où l'uréthrotomie interne a été suivie du rétablissement complet du sujet, le docteur Landouzy et moi nous sommes absolument d'avis qu'il faut opérer. Nous avertissons la famille que c'est là la seule chance de guérison. Mais nous insistons expressément sur la possibilité de l'issue funeste, malgré tout.

Je fais l'uréthrotomie interne devant M. le docteur Landouzy. Au moment où la sonde ouverte aux deux bouts arrive dans la vessie, mon confrère et moi nous sommes étonnés de voir sortir une urine jaune ambrée, peu foncée, absolument limpide, ne répandant aucune odeur, et celà jusqu'à la dernière goutte, jusqu'à ce que la vessie soit vide.

Ainsi le pus infect des urines vient de l'urèthre.

Je fais le lavage de la vessie avec l'eau boriquée à 40 p. 1,000 et à la température de 37°, et toutes les deux heures par la sonde à demeure, maintenue ouverte, on fait dans la vessie l'injection d'eau boriquée.

Pendant les quarante-huit heures de la sonde à demeure, l'urine qui s'écoule par elle est toujours claire et absolument sans odeur. Mais par dessus la sonde, surtout lorsqu'on comprime la tuméfaction du périnée, il sort un pus en tout semblable à celui qui se déposait dans le vase de nuit avant l'opération : consistance, odeur douceâtre spéciale, tout est identique. J'injecte autant que possible entre la sonde et le canal de l'eau boriquée qui revient en lavant le canal, et je m'abstiens de toute pression sur le périnée.

Pendant les quarante-huit heures de la sonde à demeure, il n'y a pas le moindre incident, le malade est mieux, il peut garder un peu de lait.

Immédiatement avant de retirer la sonde, je fais plusieurs injections de lavage dans la vessie. Comme toujours, je laisse la vessie pleine d'eau boriquée, et pendant que je retire la sonde, j'y injecte à grande eau la solution boriquée qui lave largement l'urèthre d'arrière en avant.

Une demi-heure après, le malade, à son grand étonnement, pisse, avec un gros jet, la majeure partie de l'eau boriquée laissée dans la vessie. Tous les jours, chez ce malade, je passe une sonde en gomme n° 15, par elle je lave la vessie avec l'eau boriquée ; je laisse la vessie pleine de cette eau. Et, en retirant la sonde, je lave à grande eau l'urèthre.

Dans les urines, on retrouve à nouveau le pus, comme avant l'opération, mais il est de moins en moins abondant, et il a de moins en moins d'odeur.

Tout se passe chez ce malade sans le moindre incident, sans le moindre accès de fièvre.

Aussitôt la sonde à demeure retirée, nous assistâmes à une véritable transformation : Les vomissements cessèrent, les garde-robes bilieuses qui répandaient une odeur infecte, s'améliorèrent peu à peu et disparurent sous l'influence d'un purgatif salin et des grands lavements biquotidiens donnés depuis la veille de l'opération. Le teint jaune terreux disparaît. Le muguet de la bouche et du pharynx disparaît Le malade prend de plus en plus de lait. Il arrive vite à deux litres et demi par vingt-quatre heures.

Dix jours après l'opération, je commence à passer les bougies. Je débute par la bougie conique olivaire n° 16.

Mais en raison des conditions spéciales, voici comment je procède : Je commence par conduire dans la vessie la sonde conique olivaire n° 15, par elle je lave la vessie que je laisse pleine d'eau boriquée. En la retirant, je lave l'urèthre, puis je passe les bougies dilatatrices en m'astreignant aux règles de lenteur et de prudence de la dilatation temporaire progressive que j'ai formulées dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*. Je commence les premières séances avec les bougies en gomme. Arrivé au n° 18, je me sers des cathéters Béniqué, ne gagnant qu'un numéro Béniqué par jour.

Le malade, peu de temps après chaque séance, urine l'eau boriquée contenue dans sa vessie. Ainsi je maintiens aussi complète que possible l'antisepsie de l'urèthre, où forcément passe le mélange de sécrétion et de pus venant de la glande de Cowper.

Tous les jours j'observe les faits suivants : Avant de passer le cathéter Béniqué, la pression sur la tumeur du périnée ne fait sortir que très peu de pus par l'urèthre. Aussitôt après le passage du cathéter, le pus s'écoule abondamment par le méat, et cela sans pression sur la tumeur. Mais la pression à ce moment active beaucoup l'écoulement du pus. Ainsi, après quelques jours, par cette manœuvre, la poche glandulaire est vidée, car plusieurs heures après cette évacuation quotidienne, la main ne trouve plus rien au périnée.

Le pus ainsi évacué est absolument épais, un peu filant entre les doigt, sans mélange avec l'urine. Ce pus, de moins en moins abondant, n'a bientôt aucune odeur. Il prend une teinte de moins en moins jaune en devenant plus poisseux. [C'est de plus en plus de la sécrétion normale.

Je continue à passer des cathéters Béniqué, sans cependant dépasser le n° 45, jusqu'à ce que la pression faite sur le périnée, après le cathétérisme, ne provoque plus la sortie de la moindre quantité de ce mucus épais. Déjà depuis plusieurs jours les urines

ne contenaient plus de mucus, et en dehors du cathétérisme il ne s'écoulait rien par l'urèthre.

Chez ce malade, il n'est jamais sorti par l'urèthre le moindre débris de tissus, rappelant ceux dus à l'action de l'urine dans les cas de tumeur urineuse ou d'infiltrations urineuses. Lorsque je quitte ce malade, après lui avoir appris à se sonder, il est impossible de trouver au périnée, sur la continuité de l'urèthre ou dans les triangles latéraux, la moindre trace d'induration.

Il n'y a pas eu, depuis l'opération, le plus léger mouvement fébrile.

Ce fait démontre une fois de plus que, devant un rétrécissement avec état général grave, il faut toujours rétablir le calibre de l'urèthre par l'uréthrotomie interne pour évacuer les liquides infectants et faire les injections de lavage antiseptique.

Jusqu'à présent, on a voulu, par cette opération, permettre l'évacuation des liquides ou produits infectants contenus dans les voies urinaires. On ne pensait pas, dans ces cas, à la possibilité de l'infection par les liquides altérés provenant d'une glande périphérique de l'urèthre. Dans cette observation, la preuve est très nette. Au moment de l'opération, et constamment depuis, toutes les fois que nous avons conduit une sonde dans la vessie, l'urine que nous en avons retirée a toujours été absolument claire, limpide, sans odeur, tout à fait normale. Ainsi, jamais, chez ce malade, il n'y a eu la plus légère altération d'urine due à l'inflammation ou à une lésion d'un point quelconque des parois de la vessie, des uretères ou de la surface des reins. Mais il y avait au périnée une poche communiquant avec l'urèthre par un conduit, qui permettait au liquide de la poche de se déverser dans l'urèthre, et qui s'opposait au passage de l'urine dans la poche, ainsi que le démontre la nature du pus qui s'écoulait après chaque cathétérisme. Ces faits, joints aux autres si topiques présentés par cette observation, nous font conclure que la tumeur du périnée était due à une inflammation chronique d'une glande périphérique de l'urèthre, glande de Cowper.

Mais la porte d'entrée de la matière infectante, le foyer infectant était-il la glande ou l'urèthre en arrière du rétrécissement? Il nous est bien difficile d'affirmer que les parois de la glande, constamment baignées du pus mélangé au produit de sécrétion, n'aient pas permis une absorption, quoique d'une façon générale la surface épithéliale des glandes s'oppose à l'absorption.

Mais, ici, nous avons affaire à des parois enflammées produisant du pus, et les conditions physiologiques de la surface épithéliale de la glande peuvent être modifiées. Ce qui porte à admettre que le vrai point de départ de l'infection était l'urèthre, c'est que, aussitôt l'uréthrotomie faite, aussitôt que ce pus spécial, venant de la glande, n'est plus resté stagnant dans l'urèthre en arrière du rétrécissement; aussitôt que j'ai pu laver fréquemment l'urèthre avec l'eau boriquée, soit en l'injectant dans l'urèthre, soit en la faisant pisser par le malade, — immédiatement l'odeur des urines cesse, le pus qui sort du méat par la compression de la tumeur n'a plus d'odeur. Nous savons que l'eau boriquée n'a pas pénétré dans la cavité de la glande; la nature du pus qui sort après l'injection le démontre. Ainsi, les parois de la poche glandulaire sont toujours baignées par le mélange de pus et du produit de sécrétion; la surface de ces parois n'a pas été modifiée par un topique local, et cependant les phénomènes généraux d'infection ont cessé; ils n'existent plus. L'état général s'améliore avec une rapidité surprenante, c'est presque instantané.

Tout cela nous fait admettre que le lieu d'origine de l'infection était bien l'urèthre en arrière du rétrécissement. Là, le pus et le produit de sécrétion, venant incessamment de la glande, se mélangeaient à de l'urine. Le tout était retenu, baignant les parois de l'urèthre, dont la muqueuse était enflammée et desquamée.

Mais l'intensité des accidents infectieux généraux était bien plus grande que dans les cas les plus graves que j'ai observés. Et cependant ni la vessie, ni les uretères, ni les reins n'étaient en jeu, tout provenait de ce foyer limité de la région de l'urèthre entre le rétrécissement, à la partie moyenne de la verge, et le collet du bulbe; là, où toujours il y a stagnation d'une certaine quantité d'urine. Dans ce cas, à l'urine s'ajoutait le muco-pus venant de la glande. Le fait de stagnation d'urine non altérée dans la vessie, sans rétention complète, ne suffit pas pour expliquer tout ce cortège symptomatique d'infection générale avant l'opération.

Ainsi, le pus et le produit de sécrétion venant de la glande de Cowper, mélangés à l'urine dans l'urèthre, et restant toujours dans le même point du canal, en arrière du rétrécissement, ont provoqué chez notre malade les accidents graves qui existaient avant l'uréthrotomie interne.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Présence de gonococci dans les articulations affectées de rhumatisme blennorrhagique. (*Central. f. Chir.*, 1886, p. 850.) — L'opinion de Neisser et de Bockhardt à ce sujet vient de recevoir une nouvelle confirmation par suite des récentes recherches de Bergmann. Celui-ci a recherché et trouvé dans un cas d'arthrite blennorrhagique qu'il vient de soigner le gonococcus de Neisser dans le liquide épanché dans l'articulation.

Dans le cas en question, Bergmann incisa la jointure et en pratiqua le lavage soigneux à l'aide d'une solution de sublimé à 1 p. 1000. Dans le liquide trouble évacué se trouvaient en abondance des gonococci attachés aux corpuscules du pus ou inclus dans leur plasma. — L. Dn.

Gravelle urique et petit lait. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1886.) — Dans une leçon du docteur Tyson de l'hôpital de Philadelphie sur le traitement des calculs rénaux, il est dit que si le petit lait mérite en qualité d'agent thérapeutique la bonne réputation dont il jouit, c'est surtout dans le traitement de la gravelle urique.

Tels sont les bons résultats que le docteur Tyson lui a toujours vu produire, que c'est la première chose qu'il conseille aux graveleux uriques.

Grâce au petit lait exclusivement, pendant six semaines, on voit les coliques néphrétiques de ces sujets disparaître quelquefois d'une façon définitive. Le *modus faciendi* est de faire prendre au malade un verre de petit lait toutes les deux heures le premier jour, en augmentant ensuite la dose autant que l'on désirera.

Celle-ci varie avec les sujets. Le petit lait agit comme dissolvant et comme liquide alcalin.

Dans la gravelle phosphatique, le petit lait a beaucoup moins de valeur. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Lépine, pro-

fesseur à la Faculté de Lyon, qui se porte candidat au titre de correspondant national.

M. Germain Sée présente, de la part de M. le docteur Caravias, un volume intitulé : *Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine.*

M. Brouardel présente, de la part de M. Pierre Fleury, un rapport sur l'application de la loi Roussel dans la Creuse.

M. Proust, au nom de M. Bergeron, secrétaire perpétuel, empêché d'assister à la séance, présente un ouvrage de M. le docteur Raphaël, intitulé : *Essai sur le mécanisme de la vie.*

M. Schützenberger présente, de la part de MM. E. Hardy et G. Calmels, un travail *sur la composition et la synthèse de la pilocarpine.*

La pilocarpine, dit M. Schützenberger, est un alcaloïde qui se trouve dans le pilocarpus pinnatus (jaborandi). Elle a été obtenue pour la première fois, en 1875, par M. E. Hardy avec les feuilles de cette plante ; c'est une matière visqueuse qui donne des sels très bien cristallisés et qui a reçu depuis de nombreuses applications thérapeutiques.

La pilocarpine se transforme en acide pilocarpique, en absorbant une molécule d'eau. Elle se change en policarpidine par perte d'alcool méthylique, en acide pyridino-lactique par dégagement de triméthylamine.

Ces réactions montrent qu'elle est à la fois pyridine, alanine et bétaïne.

On la reproduit par synthèse en partant de l'acide pyridino-lactique; elle a lieu en deux phases : 1° transformation de l'acide pyridino-lactique en pilocarpidine ; 2° transformation de la pilocarpidine en pilocarpine.

Les propriétés physiologiques de la pilocarpine de synthèse sont les mêmes que celles de la pilocarpine naturelle : 1° injectée dans la veine saphène interne d'un chien, elle amène un flux considérable de salive, comme on a pu s'en convaincre en plaçant une canule dans le canal excréteur de la glande sous-maxillaire d'un chien ; 2° quelques gouttes, versées sur le cœur d'une grenouille préalablement mis à nu, en arrêtent les mouvements qui reparaissent sous l'influence de quelques gouttes d'atropine.

M. Larrey offre en hommage, au nom de M. Béranger-Féraud, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude des corps étrangers de la face.*

M. de Quatrefages offre en hommage un livre qu'il vient de publier *sur les pygmées.*

M. Laboulbène présente, de la part de M. le docteur Hahn, bibliothécaire de la Faculté de médecine, un vocabulaire allemand-français.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. le docteur Dupuy (du Cantal), un premier volume *sur les alcaloïdes.*

— M. Proust donne lecture du rapport de la Commission des eaux minérales sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles.

M. Hardy, comme cause de la déchéance physique des écoliers, signale d'abord la mauvaise installation des maisons universitaires placées souvent dans des quartiers populeux et mal aérés ; ce sont de véritables établissements insalubres ; les cours sont sans air, les dortoirs contiennent un trop grand nombre de lits ; les classes et les études sont trop petites relativement au nombre des élèves, elles sont éclairées au gaz, circonstance fâcheuse pour la vue et la respiration.

D'autre part, l'heure du lever, dans les lycées, est trop matinale ; en sortant d'un dortoir échauffé par la présence d'un trop grand nombre de personnes, les élèves se rendent dans une étude froide qu'on n'a pas eu le temps de chauffer ; de là des inflammations des voies respiratoires, des toux opiniâtres qui ne cèdent souvent qu'avec

l'apparition de la belle saison et qui peuvent être le point de départ d'affections plus graves.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Hardy voudrait que l'on ne conservât, dans Paris et dans les grandes villes, que les lycées à externes, établissements indispensables à la meilleure méthode d'élever les enfants, à celle qui consiste à unir l'éducation de la famille à l'instruction collective donnée dans les lycées, mais qu'on transportât tous les internats à la campagne, en pleins champs, dans des endroits où la place ne manquerait pas et où l'on trouverait un air pur et vivifiant, comme on a fait pour les lycées de Vanves, de Fontenay et pour l'école des dominicains d'Arcueil.

L'orateur trouve que l'on demande trop à l'intelligence des enfants; on leur donne de véritables courbatures du cerveau, et particulièrement ces céphalées de l'adolescence qui exigent souvent pour la guérison une année ou deux de repos intellectuel et qui quelquefois même rendent l'enfant incapable de continuer ses études classiques.

Plus tard viennent les efforts intellectuels nécessités par les examens, le baccalauréat, l'entrée dans les écoles spéciales; il y a là un surcroît de travail, un surmenage qui n'est pas à la hauteur de toutes les intelligences.

M. Hardy ne voit pas l'utilité qu'il pourrait y avoir à maintenir dans l'enseignement universitaire toutes les connaissances qu'on exige des élèves. Parmi toutes ces choses, il y en a de nécessaires qu'il faut conserver et il y en a d'accessoires qu'il faut retrancher.

Pour tous les bons esprits, dit l'orateur, il est évident que l'on apprend beaucoup trop de choses aux enfants; c'est pour le corps et pour l'esprit une fatigue qui altère leur santé, et, de plus, une fatigue inutile, car les jeunes gens sortent le plus souvent des établissements universitaires ne sachant rien ou presque rien, ce qui est démontré par les résultats des examens probatoires du baccalauréat.

« En face des inconvénients que je viens de signaler, dit l'orateur en terminant, il me semble que, comme médecins et comme pères de famille, nous devons plaider chaudement en faveur de la réforme de l'instruction publique, et particulièrement de l'instruction secondaire. Nous devons demander des logements plus salubres, un peu plus de sommeil, si nécessaire à l'enfance et à la jeunesse, et surtout nous devons dire bien haut qu'en enseignant tant de choses diverses à nos enfants, on les fatigue et on ne leur donne que des connaissances superficielles bien vite oubliées au sortir de l'école. Pour ces jeunes gens aussi mal préparés, vienne maintenant le service militaire obligatoire de trois années, pendant lesquelles tout travail de l'esprit sera suspendu, et je me demande avec tristesse quel sera l'avenir intellectuel de la France. Je vous laisse, Messieurs, faire la réponse. » (Applaudissements.)

M. Lancereaux : Je me bornerai à rechercher les effets des trois grandes influences qui sont plus spécialement en jeu dans la question qui nous occupe, à savoir : l'encombrement, la sédentarité et le surmenage intellectuel ; c'est, du reste, là le vrai moyen d'arriver à des conclusions pratiques et utiles.

L'encombrement, c'est-à-dire l'insuffisance du principe respirable, l'air confiné, l'absence d'oxygène, c'est là une condition pernicieuse par excellence, parce qu'elle a pour effet presque fatal d'engendrer chez les personnes jeunes et en voie d'accroissement une insuffisance des moyens réparateurs et de mettre l'organisme, au bout d'un certain temps, en état de réceptivité morbide.

Nos honorables collègues nous ont déjà parlé de la tuberculose survenant dans ces conditions, et ils l'ont attribuée surtout au surmenage intellectuel; mais la preuve que celui-ci n'a pas, dans la circonstance, un rôle prépondérant, c'est que la tuberculose du jeune homme qui exerce son cerveau, est identique à celle du jeune homme et de la jeune fille étroitement logés, ou à celle de l'individu qui travaille manuellement dans un atelier encombré et dont le cerveau est à peine occupé. Dans tous ces cas, en effet, la maladie se localise presque invariablement à l'un des côtés du thorax, et surtout au côté gauche, au bord antérieur du poumon plutôt qu'à son bord postérieur, revêt une forme pneumonique, s'accompagne fréquemment de fièvre et présente presque toujours une marche aiguë.

La sédentarité a des effets qui, d'ordinaire. s'ajoutent à ceux de l'encombrement; aussi la tuberculose résulte-t-elle le plus souvent de la combinaison de ces deux ordres de causes, qui exercent plus spécialement leur action funeste sur les jeunes gens venus de la province, et qui avaient contracté l'habitude du mouvement et de la vie au grand air. Nul doute que la phthisie ne se développe dans toutes les maisons d'éducation, où se rencontrent des conditions mauvaises d'hygiène, et plusieurs fois nous avons été été appelé à donner notre avis sur des maladies de poitrine contractées de la sorte. Heureusement les faits de ce genre sont relativement rares et ne se constatent guère dans les maisons où les dortoirs et les salles d'études sont vastes et aérées. Eu effet, j'ai voulu me rendre compte, dans le lycée auquel je suis attaché, du degré de fréquence de la tuberculose, de celle des centres nerveux en particulier; or, dans ce lycée qui prépare spécialement à l'Ecole normale et à l'Ecole polytechnique, et où, par conséquent, le cerveau des élèves est surexcité par le travail, savez-vous combien de cas de méningite ont été observés depuis vingt ans sur un personnel de 550 à 680 internes? Un seul. Pendant la même période de temps, 7 élèves ont été atteints d'hémoptysies, mais sur ces 7, 6 accusaient des antécédents tuberculeux. Ajoutons qu'un créole est retourné dans son pays où il est mort de phthisie. On compte, en outre, dans ce même établissement, 40 cas de fièvre typhoïde déclarés presque uniquement chez des jeunes gens venus depuis quelques mois seulement au lycée pour terminer leurs études. Ce chiffre est relativement peu élevé, vu surtout les graves épidémies qui ont sévi dans la capitale depuis ces dernières années, et on admettra avec moi que la santé des lycéens est moins menacée qu'on ne le croit aujourd'hui.

Est-ce à dire cependant que le surmenage intellectuel n'existe pas? qu'il ne se rencontre jamais? Telle n'est pas ma pensée; je tiens seulement à réagir contre ce qui en a été dit, et, comme l'honorable M. Colin, je ne puis lui attribuer la myopie, l'anémie, la déviation de la colonne vertébrale, la distorsion des épaules et beaucoup d'autres accidents encore, tels que lésions dentaires, paralysie générale, etc., dont notre distingué confrère le docteur Lagneaux le rend responsable. Le savant discours prononcé par notre collègue dans cette enceinte est rempli de citations très précises, mais il me faut faire observer que la plupart reposent sur de simples assertions et dont quelques-unes même émanent de personnages étrangers à la médecine.

Le surmenage intellectuel chez nous se rencontre plutôt dans les pensionnats de jeunes filles que dans les lycées de garçons, cela tient à la trop grande extension donnée aux programmes d'études et à cette prétention vaniteuse et aveugle des parents de toutes conditions qui veulent que leur fille ait ses diplômes, et cela sans s'occuper de ses goûts, de ses aptitudes et du rôle qu'elle doit jouer dans la Société.

La fatigue intellectuelle chez les jeunes gens ne se produit guère qu'au moment des concours et des examens, surtout lorsqu'il s'agit de l'admission aux écoles du gouvernement.

Les natures fortement trempées peuvent sans inconvénient subir les études préparatoires et les cours de l'école, mais d'autres moins douées ou réfractaires à certain genre de travail, sont accablées par la somme démesurée d'application et d'efforts qu'elles ont à donner, et elles succombent sous le poids du fardeau, ou immédiatement ou plus tard. Le corps devient malade et aussi le cerveau; l'intelligence ayant donné d'un seul coup plus qu'elle ne pouvait, demeure inerte et impuissante durant tout le reste de l'existence.

En dehors de ces conditions, le surmenage est chose rare. Les phénomènes qui le caractérisent intéressent spécialement le système nerveux et, par son intermédiaire, s'étendent à la plupart des organes. La céphalalgie est un de ses effets; mais notre savant collègue, le docteur Perrin, a fait observer avec raison que ce phénomène a fréquemment son point de départ dans l'appareil oculaire, et qu'il est loin d'indiquer toujours une fatigue cérébrale. La difficulté de penser, l'inaptitude au travail de l'esprit sont d'autres phénomènes auxquels vient s'ajouter la fatigue corporelle; mais les accidents les plus communs, en pareil cas, sont ceux que présente la fonction gastrique. Les digestions sont pénibles, suivies de pesanteur de tête, de malaise, de palpitations, de gonflement à l'épigastre et d'éructations. C'est une dyspepsie avec flatulence, qui tantôt

reste simple, tantôt est accompagnée d'un état saburral de la langue avec fétidité de l'haleine, dégoût des aliments, et surtout de la viande, fatigue et courbature générale, tristesse et hypochondrie, amaigrissement progressif, parfois un état fébrile se manifestant vers le soir, et ne donnant lieu qu'à une faible élévation de température. Cet ensemble de phénomènes, qui peut se prolonger durant des semaines, n'est pas spécial aux personnes fatiguées par le travail intellectuel, toute cause morale peut encore le produire.

De l'analyse qui précède, il résulte que le surmenage, dégagé de tout ce qui peut le compliquer, n'est ni aussi redoutable, ni aussi fréquent que le pensent plusieurs de nos collègues, et que l'hygiène de nos écoles mérite l'attention plus que l'excès de travail de nos écoliers. Il me faut reconnaître cependant que les programmes souvent trop chargés, même dans les classes inférieures, ne sont pas toujours proportionnés au développement intellectuel des élèves.

En somme, nous devons chercher à préserver la jeunesse de nos écoles de tout ce qui peut s'opposer à son parfait développement et faire tous nos efforts pour la rendre valide et forte.

Demandons donc aux pouvoirs publics que l'air et la lumière lui soient distribués aussi largement que possible, qu'il y ait des lois pour préserver de l'encombrement l'écolier dans son étude, aussi bien que l'ouvrier dans son atelier. Demandons que la nourriture soit conforme à l'âge et aux besoins de l'organisme, que le corps soit exercé par la gymnastique et les exercices militaires. Demandons aussi que les programmes d'études soient réduits et mis en rapport avec l'âge des élèves; mais que ces réformes utiles ne nous fassent pas oublier que le travail est un des principaux ressorts de l'hygiène, qu'il fortifie, console, moralise et conserve l'homme, et que l'enfant, c'est l'homme qui commence. » (Applaudissements.)

M. Lagneau, rapporteur, répond longuement en son propre nom aux divers orateurs qui ont critiqué quelques-unes des opinions émises dans ses précédentes communications sur ce sujet. Le temps lui manque pour lire les considérants qui précèdent les conclusions proposées par la commission.

Sur la proposition de M. le président Sappey, la lecture des conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

— A cinq heures l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des rapports de M. Laboulbène sur les titres des candidats à la place de correspondant national.

Voici le classement des candidats : en première ligne, M. Poincarré (à Nancy); en deuxième ligne, M. Barallier (à Toulon); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Mordret (au Mans), Pitres (à Bordeaux), Wannebroucq (à Lille), Widal (à Alger).

FORMULAIRE

Collodion antigoutteux — Monin.

Collodion élastique	} àà 15 grammes.
Ether sulfurique	}
Acide salicylique	4 —
Chlorhydrate de morphine	1 gramme.

Mêlez. — Applications toutes les heures, sur le gros orteil atteint de goutte. La douleur cesse bientôt, sans que le gonflement disparaisse, et par conséquent sans qu'il y ait à redouter de métastase. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nécrologie. — Docteur Wiesner, médecin en chef de l'hôpital du Saint-Esprit à Francfort; le docteur Pastomioczki, privatdocent de psychiatrie à Varsovie.

CHOLÉRA. — Le choléra vient de faire son apparition en Sicile et, d'après les nouvelles certaines données par la *Deutsche med. Wochenschrift*, du 14 juillet, s'est répandu dans toutes les parties de l'île.

L'épidémie prit naissance à Rocella Jonica, petite localité de Calabre où succombèrent la moitié des personnes atteintes par le fléau. La population épouvantée s'enfuit dans toutes les directions et jusqu'à Reggio. On prétend que le mal aurait été importé par un matelot venant de Catane. Dans cette ville, plusieurs cas s'étaient déclarés simultanément dans une caserne ; le régiment qui l'occupait fut aussitôt éloigné. Les nouvelles de Messine ne laissent aucun doute sur l'existence du mal asiatique dans cette ville bien qu'on ait tenté de qualifier la maladie de choléra nostras.

A Palerme, on assure que l'épidémie a été causée par l'arrivée d'un étudiant de Catane, étudiant qui mourut quelques heures après son retour.

Les derniers rapports du 8 au 11 juillet annoncent 200 atteintes à Catane, dont 140 morts. C'est la garnison qui souffre le plus de l'épidémie.

Il est fort probable que la Sardaigne n'a pu échapper à la contagion ; plusieurs cas suspects sont signalés.

Le choléra règne aussi dans le sud de la Russie. — Ch. S.

COURRIER

M. le docteur Tison, médecin en chef de l'hôpital Saint-Joseph, vient d'être promu au grade de commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

COMPAGNIE GÉNÉRALE TRANSATLANTIQUE. — *Congrès de Washington.* — Nous recevons la lettre suivante :

12 juillet 1887.

Très honoré confrère,

Une note qui a dû vous être adressée vous a fait connaître que la Compagnie générale transatlantique accordait aux médecins se rendant au Congrès de Washington une réduction de 30 p. 100 sur le prix du passage du Havre à New-York.

La Compagnie, ayant des engagements vis-à-vis des passagers porteurs de billets de retour, est nécessairement obligée de limiter les places qu'elle offre aux médecins.

J'ai donc l'honneur d'informer officiellement vos lecteurs, que la Compagnie réservera aux médecins français 10 places au prix réduit de 30 p. 100 sur chacun de ses paquebots partant du Havre le 30 juillet et les 6, 13, 20 et 27 août.

Vous comprendrez dès lors toute l'importance qu'il y a pour nos confrères à choisir dès maintenant la date de leur départ et à en informer la Compagnie (6, rue Auber).

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

A. LUTAUD,
Médecin du personnel de la Compagnie transatlantique
à Paris.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 23 juillet 1887. — *Ordre du jour :* 1. M. Pinteaud-Désallées : Observation de tétanos traumatique. — 2. M. Budin : De la perforation des petites lèvres : son mode de production. — 3. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées. Uréthrotomie interne (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 25 juin 1887,

Par M. le docteur Reliquet.

Voici un second fait de rétrécissement pénien compliqué de cowpérite où les accidents les plus graves existaient. Les reins étaient aussi manifestement malades. Là encore l'uréthrotomie interne a été suivie du succès le plus complet. Mais chez ce malade, après l'opération, avant de pouvoir faire la dilatation temporaire progressive, c'est-à-dire ce que j'appelle le calibrage de l'urèthre, il a fallu mettre le malade pendant un certain temps au régime lacté absolu pour faire cesser une insuffisance rénale manifeste.

Obs. II. — *Rétention complète d'urine. — Prépuce étroit. — Rétrécissement pénien très étroit. — Suppuration des deux glandes de Cowper se vidant dans l'urèthre. — Rein insuffisant. — Accidents infectieux graves. — Débridement du prépuce et du méat. — Uréthrotomie interne. — Régime lacté. — Guérison.* — Le 12 juillet 1884, je suis appelé à 10 lieues de Paris, près de M. X..., 45 ans. Constitution générale assez bonne, mais dépression générale très grande due aux accidents actuels.

Depuis des années, M. X... a de la difficulté pour uriner. Il n'a jamais suivi un traitement sérieux. Ces derniers jours, la difficulté pour uriner a toujours été en augmentant. Depuis vingt-quatre heures, il ne s'écoule plus d'urine, la rétention est complète.

L'anxiété générale est très grande.

A l'examen extérieur, je trouve la vessie très distendue; elle remonte jusqu'à 2 centimètres de l'ombilic. Il y a un phimosis étroit qui permet à peine de voir le méat, lequel est peu large. Le périnée est le siège d'une tuméfaction générale uniforme, d'une souplesse relative, uniforme dans toute la masse des tissus. La pression sur cette tuméfaction ne fait pas reconnaître un noyau central dur. Les tissus ne conservent en aucun point la trace de la pression du doigt. Il n'y a pas non plus d'œdème profond. Ainsi, il ne s'agit pas d'un phlegmon du périnée d'une nature quelconque.

Je passe avec assez de difficulté une bougie en gomme souple n° 3. Plusieurs fois, au moment de l'accès d'envie d'uriner, qui coïncide toujours avec la tension par contraction de la paroi vésicale, je retire un peu la bougie de façon à mettre son extrémité fine dans le rétrécissement (2), et l'urine sort par dessus la sonde, ce qui soulage immédiatement le malade. Je m'assure que l'urine peut sortir par dessus la bougie, remise en place, et je la fixe à demeure. Le soir, il y a un frisson violent. La bougie est retirée.

Le 13 juillet. — Le malade est amené à Paris; à son arrivée, il est très fatigué. Depuis que la bougie n° 3 a été retirée, l'urine s'écoule goutte à goutte, presque continuellement. Les douleurs de la rétention d'urine ne se sont pas reproduites. Je me borne à vider et à maintenir vide, par les grands lavements donnés avec la longue canule en gomme, le gros intestin. Je prescris le régime lacté et deux prises de sulfate de quinine de 25 centigrammes.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Voir cette manœuvre, page 149, dans mon *Traité des opérations des voies urinaires.*

Le 14 juillet. — J'essaie de franchir le rétrécissement, mais inutilement. Le lendemain, 15 juillet, la petite bougie n° 3 passe facilement. Je débride le prépuce par l'incision médiane supérieure, et je fixe à demeure la bougie.

Le 16 juillet. — Je fais l'uréthrotomie interne. Par la sonde n° 16, il sort de la vessie 700 centimètres cubes d'urine chargée de muco-pus épais ayant une odeur infecte douceâtre. Je lave de suite la vessie avec de l'eau phéniquée au millième et avec de l'eau boriquée à 40 pour 1,000. Chaque deux heures on fait une injection d'eau boriquée dans la vessie, et je retire la sonde le 18 après avoir laissé la vessie pleine d'eau boriquée.

Pendant les quarante-huit heures de sonde à demeure, il n'y pas le moindre incident. La tuméfaction du périnée ne subit aucune modification; son volume, sa consistance, sont les mêmes. Lorsqu'il s'agit de tumeur urineuse ou d'infiltration d'urine au début, le volume et la consistance diminuent toujours à partir du moment où l'urine passe par la sonde à demeure.

Le malade urine facilement, mais les urines laissent toujours déposer un pus visqueux, épais, ayant toujours cette odeur douceâtre désagréable. En pressant sur la tuméfaction du périnée, on fait sortir par le méat ce pus visqueux, épais, à odeur douceâtre; c'est le même que celui qui est dans l'urine, il gomme le linge.

Tous les jours je passe une sonde conique olivaire n° 13; j'injecte de l'eau boriquée dans la vessie que je laisse pleine, et, en retirant la sonde, je lave l'urèthre avec cette eau.

Le malade, dégoûté du lait, se sentant mieux, reprend la nourriture ordinaire.

Jusque-là, sauf l'accès de fièvre qui a suivi le passage de la première petite bougie, le 12 juillet, tout a marché à souhait.

Le 25 juillet. — Je passe la bougie n° 17 sans rencontrer le moindre obstacle, il n'y a pas trace de sang, et j'avais eu soin de laver vessie et urèthre avec l'eau boriquée et de laisser la vessie pleine de cette eau avant de passer la bougie 17. Deux heures après, frissons violents qui durent quatre heures. Cet accès de fièvre se termine par une sueur abondante, et, pendant la suée, commence une éruption pustuleuse sur les fesses, les cuisses et les jambes, surtout du côté droit.

Le 26. — Ces pustules, très nombreuses, sont grosses comme de très gros pois. Ce sont des bulles pleines de pus; autour d'elles il n'y a qu'un très mince liséré rouge, sans induration des tissus. Immédiatement la quantité d'urine tombe à 400 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

Je mets le malade au régime lacté absolu. Tous les jours je donne 25 centigrammes de sulfate de quinine matin et soir.

Je continue les grands lavements matin et soir pour maintenir le rectum constamment vide, et je purge tous les huit jours avec du sulfate de soude.

Je panse les pustules avec des linges imbibées de liqueur de Van Swieten.

Je laisse le malade à ce régime jusqu'au 18 août, c'est-à-dire pendant vingt-trois jours. A ce moment l'état général est très bon, les urines sont depuis longtemps en quantité normale. Le malade prend régulièrement deux litres et demi de lait par vingt-quatre heures et souvent plus.

Je passe les bougies 16 et 17 sans provoquer de fièvre. Je reconnais que le n° 18 irrite le méat qui est étroit.

Le 21 août. — Je débride le méat, et, les jours suivants, je peux continuer à calibrer progressivement l'urèthre en passant les cathéters Béniqué. Je vais jusqu'au n° 46, et cela sans provoquer la moindre réaction générale ou locale.

Depuis longtemps la tuméfaction du périnée a changé d'aspect. Ce n'est plus une masse unique saillante. Il y a deux masses symétriques. En comprimant chacune d'elles, on fait sortir par l'urèthre un mucus épais qui gomme le linge. A mesure que le calibrage du canal se complète, ce mucus, qui vient des glandes, diminue de quantité et devient de moins en moins purulent; depuis longtemps il n'a plus l'odeur infecte des premiers jours. Enfin la pression sur les glandes dont on ne perçoit plus le volume ne fait sortir qu'un mucus absolument blanc et inodore.

Toujours avant de passer les cathéters Béniqué, par une sonde en gomme je retirai l'urine de la vessie, et je remplissais celle-ci avec de l'eau boriquée. Pendant huit jours,

l'urine ainsi retirée a contenu du mucus, en tout semblable à celui qui sortait des glandes par la compression. Certainement ici ce pus a reflué de l'urèthre dans la vessie, la dilatation très grande du bout postérieur de l'urèthre en arrière du rétrécissement extrêmement étroit a été ici la cause de ce fait.

Le 13 septembre, la vessie se vide complètement à chaque miction, celle-ci n'a lieu que toutes les cinq ou six heures. Il n'y a plus d'écoulement par l'urèthre. La guérison est complète.

Dans notre première observation, les reins ne se sont pas manifestés, il n'y a pas eu un symptôme nous laissant croire que ces organes étaient atteints d'une lésion. Leur fonction a toujours été bonne. Il est vrai qu'il n'y avait jamais eu de rétention complète d'urine, que, par suite, la dilatation et la compression violentes des uretères et de la surface interne des reins n'ont jamais eu lieu chez ce premier malade. Aussi, chez lui, tous les accidents infectieux existant avant l'uréthrotomie interne ne peuvent-ils être attribués qu'à la suppuration de la glande périphérique de l'urèthre, et au mélange du pus et du produit de ces sécrétions de la glande avec l'urine retenue en arrière du rétrécissement.

Dans notre seconde observation, les choses n'ont pas été aussi simples. La rétention d'urine complète est venue s'ajouter à la suppuration des glandes de Cowper, à la stagnation de leurs produits avec l'urine en arrière du rétrécissement. Il y a eu dilatation des uretères et compression des reins par le liquide accumulé; il y eu troubles fonctionnels de ces organes. L'insuffisance rénale s'est produite. Ce qui a rendu l'état du malade encore plus grave.

Malgré cela, la fonction des reins étant rétablie par le régime lacté prolongé, lequel en même temps a agi très heureusement contre l'infection, il a été possible de faire le calibrage de l'urèthre par la dilatation progressive en passant le cathéter Béniqué.

Il est, je crois, inutile d'insister sur l'action heureuse qu'ont eue chez ces deux malades les précautions antiseptiques minutieuses prises du côté de la vessie et de l'urèthre. C'est grâce à elles que la guérison a pu être obtenue sans accidents.

Dans mon travail sur les *fistules uréthrales non urinaires*, 1885 (obs. V, page 21), je donne un fait qui vient à l'appui de mon opinion sur la puissance infectante du mélange du pus et du produit de sécrétion des glandes de Cowper avec l'urine en arrière du rétrécissement de l'urèthre.

Il s'agit encore d'un rétrécissement pénien, étroit, rendant la miction difficile, sans produire la rétention complète. En arrière du rétrécissement, il y a une tuméfaction accolée à l'urèthre, occupant les bourses et la base de la verge, bien délimitée, sans l'empâtement périphérique si caractéristique de l'infiltration urineuse. La pression sur cette tumeur ne fait rien sortir par l'urèthre, et les urines ne présentent pas le dépôt purulent que nous avons signalé dans nos deux observations.

Le malade compare cette tumeur et les douleurs qu'il éprouve exactement à ce qu'il a eu il y a une vingtaine d'années, lorsqu'on lui a ouvert successivement deux abcès au périnée.

Après l'uréthrotomie interne, pendant les quarante-huit heures de la sonde à demeure, la tuméfaction n'a pas diminué, et rien n'est sorti par dessus la sonde. La sonde retirée, la compression de la tuméfaction ne fait rien sortir par l'urèthre.

Ce malade n'a pas présenté, à un moment quelconque, le moindre phé-

nomène infectieux, rappelant même de loin ceux que nous avons observés chez nos deux malades.

Lorsque j'ouvre la tumeur du périnée, deux jours après avoir retiré la sonde, il en sort un liquide sanguinolent noirâtre, assez épais, un peu gluant, répandant l'odeur fétido-douceâtre. Je dis au docteur Gouël, qui assiste à l'opération : « C'est exactement la même odeur que celle que j'ai perçue il y a deux ans; elle était produite par un liquide provenant d'une glande de Cowper suppurée qui s'écoulait par l'urèthre. » Je faisais allusion au malade dont je raconte l'histoire dans ma première observation.

Du reste, les suites nous ont parfaitement confirmé qu'il s'agissait d'une cowpérite. Chez ce malade, la fistule a persisté.

Ainsi, voilà un cas de rétrécissement pénien avec cowpérite, mais dans lequel le pus et le produit de sécrétion de la glande malade ne se déversent pas dans l'urèthre en arrière du rétrécissement. Et, chez ce malade, il n'y a jamais eu de phénomènes généraux d'infection, malgré la fétidité semblable du liquide contenu dans la glande. Ce cas est comme la contre-épreuve des deux premiers; il prouve que, chez nos deux premiers malades, le foyer d'infection était bien la portion de l'urèthre dilaté et en arrière du rétrécissement, là où les produits de la glande se mélangeaient à l'urine.

Je conclus : Que les rétrécissements péniens peuvent se compliquer de cowpérites suppurées;

Que le mélange dans l'urèthre, en arrière du rétrécissement, du pus et du produit de sécrétion de la glande malade avec l'urine, constitue un foyer d'infection pouvant provoquer les accidents généraux les plus graves;

Qu'il faut toujours commencer par faire l'uréthrotomie interne avant d'ouvrir la tuméfaction faite par la glande malade au périnée;

Qu'en soumettant l'urèthre et la vessie à l'antisepsie la plus minutieuse, la guérison s'obtient vite, sans accidents généraux et sans exposer le malade à une fistule de la glande de Cowper simple, ou à une fistule uréthrale non urinaire, souvent très difficiles à guérir.

BIBLIOTHÈQUE

Le climat d'Arcachon et le sanatorium (ville d'hiver), par le docteur G. Hameau. — Paris, G. Masson; Bordeaux, Féret et fils. 1887.

Le climat d'Arcachon rentre dans la classe des climats côtiers d'intensité moyenne et présente toutes les conditions désirables, par suite de l'existence de sa forêt de pins, pour l'établissement d'un sanatorium d'hiver. En même temps, le bassin marin étant très salé et peu agité, il forme comme une immense piscine où l'on peut prolonger le bain plusieurs heures.

Des observations prises avec le plus grand soin permettent d'établir sur des bases certaines les caractères de la météorologie d'Arcachon. La pression barométrique habituelle est de 760 mm et varie de 755 à 775. Du 15 mai au 15 octobre, règne le régime d'été; l'écart entre les moyennes maxima et les moyennes minima est de 11° à 14°. Du 1er novembre au 15 avril, règne le régime d'hiver, et l'écart est à peine de 7° à 9. La température moyenne annuelle est de 13°; elle est de 6° pour les mois de décembre, janvier et février; de 13° à 14°, pour les mois de printemps et d'automne. L'hiver est de courte durée, l'automne et le printemps particulièrement agréables; en fait, la température est aussi peu variable que possible dans la forêt d'Arcachon, depuis le commencement d'octobre jusqu'à la fin de février, et cette constance est l'une des qualités les plus importantes du climat sédatif.

Le vent n'atteint jamais la violence du mistral et de plus la ville d'hiver en est parfaitement à l'abri. « Quand le vent fait rage sur la grande côte, qu'il agite le bassin et courbe les arbres dans la ville d'été, on se doute à peine, dans la forêt, de ce qui se passe à quelques centaines de mètres. On entend bruire la cime des pins et on continue paisiblement la promenade habituelle. » Les pluies sont fréquentes, mais tombent par violentes et courtes ondées; il est rare de voir un jour entier de pluie.

Les brouillards sont exceptionnels et le degré hydrotimétrique élevé.

L'ozone est abondant dans la forêt, plus l'hiver que l'été et le matin qu'à midi.

Arcachon est bâti sur une énorme masse de sable, qui contribue puissamment, avec la végétation, à corriger les effets de l'humidité aérienne. Aussi sa forêt, comme on le voit, est surtout constituée par le pin maritime.

Le *sanatorium*, ou ville d'hiver d'Arcachon, est formé d'habitations entourées de petits jardins anglais et disséminées sur le versant des dunes et dans les plis de leurs ondulations; on n'y trouve aucun magasin, aucune industrie, et il constitue par son parc l'idéal du séjour apaisant. Séparé de l'Océan par une large épaisseur de coteaux et d'arbres, il est recherché par un grand nombre de phthisiques, mais, fait sur lequel insiste le docteur Hameau, éclairé par son long séjour à Arcachon, il ne convient pas à toutes les formes de la maladie. Le climat du sanatorium, excellent dans les tuberculoses de forme éréthique avec prédominance du tempérament nerveux primordial ou acquis, est mauvais au contraire lorsque prédomine le tempérament lymphatique à forme torpide. « D'où la formule plus générale : L'action de l'atmosphère des pins est sédative du système nerveux. » Quelquefois l'influence sédative est assez grande pour forcer à suspendre la cure après quelques semaines ou quelques mois.

On peut aussi comprendre dans les indications beaucoup de bronchites chroniques, la plupart des asthmatiques, la plupart des névroses, les convalescences difficiles, la malaria urbaine et certaines diathèses rhumatismales ou arthritiques.

Notre confrère entre, avec raison, dans les petits détails de la vie de chaque jour du phthisique qui séjourne l'hiver à Arcachon. A propos de l'habillement, il insiste avec énergie sur le peu d'utilité qu'il y a à porter de la flanelle; depuis plus de vingt ans, dit-il, il a fait abandonner ce tissu par bon nombre de malades et de valétudinaires, sans compter les bien portants, et il n'a jamais eu qu'à se louer des résultats obtenus. Il a vu beaucoup de personnes passer de la bonne santé à la transpiration perpétuelle et à l'étiolement par l'usage de la flanelle; et, à l'inverse, beaucoup de malingres devenir résistants, en substituant à la flanelle l'usage des frictions sèches ou des frictions d'eau salée froide pratiquées à la serviette rapidement et fortement, en toutes saisons. Ce n'est guère que chez les rhumatisants que le tissu incriminé par M. Hameau pourrait trouver quelque utilité.

Nous ne saurions trop nous associer à notre confrère, lorsqu'il réclame avec énergie construction d'un sanatorium des pupilles de l'Assistance; un pareil établissement rendrait des services si évidents qu'il est à peine besoin d'y insister.

Ecrit par un praticien convaincu et dont l'expérience est déjà ancienne, le livre de M. Hameau, exempt de toute exagération, mérite d'être lu par les médecins désireux, pour le plus grand bien de leurs malades, d'être éclairés sur les bienfaits du séjour à Arcachon. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'action diurétique des composés hydrargyriques, par Spiller-Locke. (*The Practitioner*, septembre 1886.) — On sait depuis longtemps, mais d'une façon tout empirique, que l'action diurétique de la digitale et de la scille est beaucoup plus prononcée quand à ces médicaments on a le soin d'adjoindre une petite dose de mercure; et, dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont beaucoup insisté sur l'action diurétique du calomel (1). La nature du rôle joué par le protochlorure d'hydrargyre

(1) Jendrassick (*Deutsch. Archiv. fur klin. Med.*, vol. 38, p. 449). — Collins (*Medical

n'avait pas reçu jusqu'ici d'explication très satisfaisante; mais les récentes recherches de Noël Paton sur les rapports qu'affecte la sécrétion biliaire avec la formation de l'urée semble nous fournir la clef du problème (1).

Noël Paton a expérimenté sur les médicaments considérés depuis les expériences de Rütherford et autres comme de puissants cholagogues et a recherché les quantités d'urée, d'acide urique et d'eau excrétées tous les jours par les chiens en expérience.

Il a constaté qu'en règle générale on peut établir un rapport direct entre l'activité cholagogue d'un médicament et son influence sur la formation et l'excrétion des produits azotés de l'élimination rénale. C'est ainsi, par exemple, que l'administration du perchlorure de mercure chez un chien en état de santé et qui excrète une proportion normale de substances azotées détermine une augmentation prononcée dans la proportion d'urée, d'acide urique et d'eau excrétés. « Bien que les stimulants hépatiques étudiés par Noël Paton aient déterminé une augmentation dans l'urée excrétée et dans ses sous-composés, deux médicaments ont, au contraire, amené une diminution dans la proportion d'acide urique, ce sont le salicylate de soude et le benzoate de soude. Le colchique, le perchlorure de mercure, l'évonymine ont augmenté à la fois la proportion d'urée et celle d'acide urique. »

Or, ce fait de corrélation entre les deux propriétés d'une même substance, en vertu duquel un médicament qui augmentera la formation de la bile augmentera en même temps la proportion de l'urée, est d'un grand intérêt physiologique, et fournit une nouvelle preuve en faveur de la théorie suivant laquelle le foie est le principal organe de la sécrétion de l'urée. L'importance de cette constatation relativement à l'emploi clinique des composés mercuriels comme diurétiques et altérants est facile à comprendre.

Rutherford a prouvé que les sels mercuriels augmentent notablement la sécrétion de la bile, et ce phénomène ne serait selon toute probabilité que la manifestation extérieure et palpable de quelque mode d'action plus fondamental et plus complexe du métal, dont une autre propriété est justement d'augmenter en même temps la proportion de l'urée. Cette action fondamentale, plus importante à laquelle nous faisons allusion serait, d'après Noël Paton, la destruction des globules rouges.

On sait qu'en effet une des conséquences les plus immédiates et les plus constantes de l'emploi quelque peu prolongé du mercure est la diminution de plasticité du sang, la résorption de certains produits plastiques ou inflammatoires, la diminution quantitative et qualitative des éléments nobles du sang, et, au bout d'un certain temps, l'apparition d'une anémie globulaire plus ou moins prononcée et toujours digne d'éveiller l'attention du clinicien. Ainsi augmentation dans la sécrétion de la bile et accroissement dans la production de l'urée, telles sont les manifestations secondaires ou de seconde étape de l'emploi du mercure, la destruction des globules rouges constituant le fait primitif, dont les deux autres manifestations précitées ne sont que les conséquences saisissables, et l'anémie globulaire la résultante, encore plus frappante lorsque l'absorption mercurielle continue pendant trop longtemps.

Maintenant, on sait qu'une augmentation de la proportion d'urée dans le sang agit à la manière d'un puissant diurétique. Si on arrête la sécrétion de l'urine chez une grenouille en jetant uue ligature snr les artères rénales, et qu'on vienne à injecter dans ses vaisseaux une solution d'urée, on verra l'excrétion de cette substance se rétablir grâce au fonctionnement des organes d'excrétion supplémentaire (Nusbaum, Adami).

Si on divise la moelle d'un chien et qu'en ce faisant on arrête ainsi l'excrétion de l'urine par suite de l'abaissement de pression sanguine extrême qu'on détermine, on pourra voir cette excrétion se rétablir si on injecte une solution d'urée dans les veines de l'animal (Uslinowisch). De même par la méthode de la tranfusion, on a montré que l'addition d'urée au sang transfusé détermine une augmentation de la quantité du sang qui se rend aux reins et les traversé dans un laps de temps donné, la pression sanguine générale restant à un niveau constant (Abeles). Il y a donc de nombreux témoi-

Chronicle, 1887). — Stiller (*Wien. Med. Woschenschrift*, 28, 1886, et *Practitioner*, XXVII, p. 219.)

(1) Noël Paton (*Journal of Anatom. Phys.*, 1re et 2e partie, vol. XX).

gnages en faveur de l'action diurétique puissante de l'urée, et les bons effets diurétiques qu'on obtient de l'adjonction du calomel à la digitale et à la scille s'expliquent facilement par cette action exercée par le composé mercuriel sur quelque processus métabolique, dont l'une des manifestations saisissables est l'exagération de la sécrétion de la bile et l'autre l'excès de formation de l'urée.

Nous ajouterons que les observations cliniques faites par Jendrassick aboutissent à des conclusions très identiques. Certaines particularités qui ne paraissent susceptibles au premier abord d'aucune explication s'éclairent même à la lumière de ces nouvelles données.

On comprend assez facilement pourquoi l'effet diurétique du calomel est moins prononcé dans les cas d'ascite par cirrhose hépatique ou mal de Bregbt chronique que dans ceux relevant d'une affection simple du cœur. — L. Dn.

Nouveau traitement des névralgies. — Le docteur Léonard Corning préconise, contre les névralgies et les autres affections du système nerveux périphérique, un traitement qui consiste à pratiquer des injections sous-cutanées abondantes et profondes, sur le trajet du nerf malade, aussi près que possible de ce nerf, mais sans le léser, avec une solution d'hydro-chlorate de cocaïne à raison de 4 p. 100, en ayant soin de retenir le liquide localement par l'application d'un tourniquet au-dessus du lieu de l'injection. Dans la sciatique, le tourniquet doit être placé aussi haut que possible, de manière à interrompre la circulation dans l'artère crurale, au-dessus du point de l'injection. Dans le premier cas rapporté par le docteur Corning, après l'enlèvement du tourniquet la douleur ne se reproduisit qu'après quatre jours. Alors, le traitement fut repris; ensuite, après chaque injection, l'intervalle de calme devint de plus en plus prolongé jusqu'à cessation complète de tout retour des souffrances. Deux autres sciatiques rebelles ont cédé de la même manière. Le point de vue original de ce traitement, c'est le maintien du médicament au contact du nerf malade pendant une période qui peut être plus ou moins longue à la volonté du médecin. (*The Boston med. and Surg. Journ.*, 7 avril 1887.)

Dents artificielles avalées. — Un correspondant du journal anglais *British med. Journ.* lui écrit : « Tout dernièrement, un de mes clients ayant avalé une plaque surmontée de deux dents artificielles, je recourus immédiatement à une pratique qui m'a été recommandée il y a quelques années par sir James Paget dans un cas semblable. Je lui fis manger trois volumineuses tranches de pain, ensuite quatre grandes cuillerées d'une bouillie épaisse de farine et d'eau. Puis je lui administrai un émétique. Les dents furent rejetées enveloppées dans la matière tenace des vomissements. » Il paraît qu'on a recours à ce procédé dans les stations de police, lorsque des prisonniers ont avalé des pièces fausses qu'ils veulent soustraire. (*The med. Rec.*, 16 avril 1887.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. RANVIER présente une note de M. Edmond Hache *sur la structure et la signification morphologique du corps vitré.*

« Le corps vitré est formé de deux parties constituantes fondamentales : 1° un liquide dont la composition est bien connue ; 2° une substance solide sur la nature et la disposition de laquelle les hypothèses les plus contradictoires ont encore cours aujourd'hui.

« Décrite par les uns comme un système de membranes cloisonnant la masse vitrée et limitant des alvéoles remplies de liquide (Demours, Pappenheim, etc.), par d'autres comme des réseaux de fibres ou de cellules anastomosées (Weber-Schmidt, etc.), cette partie solide a été regardée par le plus grand nombre comme une substance amorphe, sans structure, de nature conjonctive ou muqueuse (Wirchow, Kœlliker, etc.), espèce de gelée dans laquelle existeraient, à la périphérie du moins, des fentes renfermant du liquide (Iwanoff, Stilling, Schwalbe).

« Des recherches entreprises au laboratoire d'histologie du Collège de France m'ont

révélé des faits inattendus et permettant d'expliquer les résultats contradictoires obtenus jusqu'à ce jour.

« 1° *La partie solide du corps vitré est une substance essentiellement hygrométrique.* — Plusieurs auteurs ont signalé le fait qu'après avoir soumis le corps vitré à la dessiccation (Sappey, Ritter) ou à l'action de l'alcool absolu (Schwalbe) et l'avoir réduit à l'état de simple pellicule, on pouvait lui rendre son volume, son aspect et sa consistance en le laissant séjourner dans l'eau.

« Ce fait, dont l'explication n'a pas été donnée, est dû à l'hygrométricité de la partie solide du corps vitré.

« Pour s'en convaincre, il suffit de mettre pendant vingt-quatre heures dans une solution de gomme, puis dans l'alcool fort, un corps vitré de mouton dont on a énucléé le cristallin en laissant la cristalloïde en place. Par ce traitement, il perd son eau de constitution et se trouve réduit à une plaque mince débordant la cristalloïde et n'ayant que $0^{mm},25$ d'épaisseur. Il est alors facile de pratiquer des coupes qui, reçues et examinées dans l'alcool, montrent entre la cristalloïde postérieure et l'hyaloïde, un tissu d'aspect manifestement fibreux.

« Si, au lieu de recevoir les coupes dans l'alcool, on les fait tomber dans l'eau, le diamètre transversal augmente dans des proportions énormes et acquiert bientôt 5^{mm}, 10^{mm} et plus. La cristalloïde et l'hyaloïde n'ont pas changé ; mais le tissu intercalaire s'est gonflé, a perdu son aspect fibreux et est devenu transparent et homogène.

« On peut assister directement à cette transformation en montant une préparation dans l'alcool et en faisant pénétrer un peu d'eau sous la lamelle ; la substance intermédiaire à la cristalloïde et à l'hyaloïde s'imbibe, se gonfle, s'étale en repoussant les deux membranes limitantes et de fibreuse qu'elle paraissait devient transparente et comme gélatineuse.

« La partie solide du corps vitré est donc une substance éminemment hygrométrique. Mais que signifie cet aspect fibreux avant l'action de l'eau ?

« Deux hypothèses étaient possibles :

« Ou bien on se trouvait en présence d'une substance homogène sans structure, qui s'était plissée en perdant son eau de constitution ;

« Ou bien cet aspect dénotait une structure spéciale.

« Cette dernière hypothèse était d'autant plus vraisemblable que, depuis les recherches de M. Ranvier sur la cornée, nous savons que ce qui rend la constitution fibrillaire des lames cornéennes si difficile à démontrer, c'est justement l'hygrométricité des fibrilles constituantes. Grâce à cette propriété, ces fibrilles, en se gonflant, se juxtaposent exactement de manière à former un tout homogène et transparent.

« Il était possible qu'il en fût de même pour le corps vitré et que les détails de structure fussent masqués par l'hygrométricité si prononcée de la substance solide.

« Pour m'en assurer, il m'a suffi d'avoir recours à l'acide osmique, qui a le pouvoir de détruire cette propriété.

« 2° *La substance solide du corps vitré forme un système de lames connectives anastomosées.* — Un corps vitré de mouton, débarrassé de la lentille cristallinienne, est mis dans une quantité suffisante de solution d'acide osmique à 1/30e. Au bout de douze à vingt-quatre heures, il est porté dans la gomme, puis dans l'alcool fort. Réduit alors à une plaque de 1/4 de millimètre d'épaisseur, il peut être débité en coupes minces. Celles-ci, reçues dans l'eau, ne se gonflent plus ; le gonflement précédemment observé était donc réellement dû à l'hygrométricité du tissu.

« Examinées dans l'eau, ces coupes montrent la cristalloïde et l'hyaloïde séparées par un tissu d'aspect tout à fait fibreux ; en pressant légèrement sur la lamelle à recouvrir, on voit ce tissu se résoudre en un grand nombre de lames anastomosées.

« Isolées, ces lames, après l'action de l'acide osmique, de la gomme et de l'alcool, sont minces, transparentes, constituées par une substance hyaline, homogène, sans structure, ne se colorant pas par le carmin, mais fixant le violet 5 B. Après l'action prolongée des bichromates et de l'acide chromique, cette substance hyaline se colore en rouge par le carmin. Elle peut donc être rangée parmi les substances conjonctives

amorphes; elle est analogue à celle qui réunit les faisceaux connectifs dans certaines membranes (mésentère du lapin), analogue aussi à la substance du tissu lamelleux des gaines nerveuses, mais diffère de celles-ci par son hygrométricité.

« Ces observations, faites d'abord sur le mouton, ont été répétées sur le bœuf, le cheval, le porc, l'oie, la poule, le pigeon, le brochet et la carpe.

« 3° *Le corps vitré est une gaine lamelleuse modifiée.* — Il résulte de ces faits que le corps vitré, chez l'adulte, est constitué par un nombre plus ou moins considérable de lames connectives anastomosées les unes avec les autres, ne limitant pas des alvéoles, comme l'ont cru certains auteurs, mais jouissant à un très haut degré de la propriété de s'imbiber de liquide et de se gonfler au point de se juxtaposer exactement de manière à perdre, pour ainsi dire, leur individualité, et à former un tout homogène, gélatineux et transparent.

« Cette structure lamelleuse rappelle celle des gaines nerveuses, de sorte qu'au point de vue morphologique le corps vitré peut être considéré comme une gaine lamelleuse modifiée annexée à la lame interne de la vésicule optique secondaire; de même que la choroïde, sur la structure lamelleuse de laquelle j'ai insisté dans une Note précédente, doit être regardée comme la gaine de la lame externe de la vésicule optique.

« Ainsi se trouvent expliqués l'origine embryogénique commune de ces deux organes et leur rôle identique pendant la période de développement de l'organe visuel.

« Plus tard, des modifications surviennent dans la gaine de la lame interne de la vésicule optique; elles consistent principalement dans la disparition des vaisseaux et des éléments cellulaires et l'apparition de l'hygrométricité des lames connectives. Tout cela concourt au même but : la transparence d'un organe qui doit être traversé par les rayons lumineux destinés à la rétine. Mais de ces modifications, la plus importante est, sans contredit, la propriété qu'acquiert la substance conjonctive de s'imbiber de liquide. C'est elle qui assure la juxtaposition exacte des parties constituantes, condition nécessaire, indispensable et capable à elle seule, ainsi que l'a établi M. Ranvier, de rendre transparente une membrane aussi complexe que la cornée. »

— M. le professeur G. Sée lit une note sur la substitution de l'antipyrine à la morphine, en injections sous-cutanées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juillet 1887. — Présidence de M. Duroziez, ancien président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. — Elle comprend les journaux et revues de la quinzaine;

Deux exemplaires du procès-verbal de la Commission d'hygiène hospitalière, séance du 14 avril 1887, envoyés par M. le directeur de l'Assistance publique de Paris. Dans cette séance a été discutée la question de l'organisation des services d'isolement en cas de rougeole et de scarlatine. (Remerciements.)

Une circulaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, dont la prochaine session aura lieu à Toulouse, du 22 au 29 septembre 1887.

M. le Secrétaire général dépose sur le bureau le tome XXI du *Bulletin de la Société* (année 1886), qui vient de paraître.

La *correspondance manuscrite* comprend une lettre de M. Fraigniaud, président, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance,

— M. Dubuc lit une observation intitulée : *Trois pierres dures d'acide urique. Lithotritie en une séance avec évacuation immédiate de la totalité des fragments.* (Sera publiée.)

M. Reliquet : Jusqu'à présent je n'ai jamais été obligé de faire une séance d'une heure pour les pierres dures et volumineuses. Cela tient évidemment au moyen que j'emploie. Avec mon brise-pierre nouveau modèle à pignon, les fausses prises sont immédiatement reconnues et ne font pas perdre de temps. Avec mon appareil pour la lithotritie les prises se succèdent rapidement sans recherches avant chaque prise. Enfin

le broiement avec le pignon est plus rapide et les becs se vident très bien après chaque broiement.

Pour comparer, j'ai apporté les résultats d'un certain nombre de lithotrities en une seule séance. Il s'agissait, dans tous ces cas, de pierres volumineuses et dures. La séance pour chacune n'a jamais dépassé 35 minutes.

Si M. Dubuc veut bien apporter les débris fournis par la lithotritie dont il nous parle, il y aura là un point sérieux de comparaison.

M. Dubuc se plaint que je vienne toujours dire que les séances d'une heure sont trop longues. Cela tient à ma conviction que ces séances aussi longues ne seraient pas nécessaires si les opérateurs se servaient de mes instruments. C'est autant pour le malade que pour l'opérateur que j'insiste; car une séance de lithotritie d'une heure doit provoquer une grande fatigue à l'opérateur.

M. Dubuc : Il n'y a pas de faits qui soient exactement comparables, et, par conséquent, ceux que cite M. Reliquet ne sauraient absolument condamner ma manière de faire. D'ailleurs, si l'opération a duré une heure, le broiement proprement dit n'en a guère employé qu'une demie. Mon malade a été lent à endormir; l'introduction successive des instruments, les lavages faits après chaque broiement, voilà ce qui a pris la majeure partie du temps. J'ai pour principe de broyer fin et je ne crains pas de prolonger la séance.

— M. Trousseau lit une observation de *conjonctivite diphthéritique.* (Sera publiée.)

M. Dubrisay : M. Trousseau nous dit que les conjonctivites pseudo-membraneuses sont très fréquentes, et les conjonctivites diphthéritiques très rares. Comment les distingue-t-il?

M. Trousseau : La distinction n'est guère possible qu'au point de vue clinique : autant la première est bénigne, autant la seconde est grave. On admet que la conjonctivite pseudo-membraneuse n'est que superficielle, tandis que, dans la conjonctivite diphthéritique, la fausse membrane s'incorpore à la muqueuse, ne peut pas en être détachée : l'épithélium tout entier est atteint, et la cornée se nécrose très rapidement.

M. Dubrisay : Cette différence existe pour toutes les affections diphthéritiques et pseudo-membraneuses, et n'est pas toujours aussi facile à établir que le dit M. Trousseau. Il est des cas de diphthérie maligne, et même mortelle, dans laquelle les plaques pseudo-membraneuses sont très superficielles. Quelquefois même on observe une fausse membrane sur une amygdale, qui sur un point sera superficielle, sur un autre profonde. Il semble donc que, de même qu'il n'y a pas lieu de faire deux diphthéries, l'une parce qu'elle est bénigne, l'autre parce qu'elle est grave; — de même aussi il n'y aurait qu'une seule diphthérie oculaire, tantôt peu grave, tantôt, au contraire, très maligne.

M. Trousseau : Cette question a déjà souvent été discutée, notamment au dernier Congrès d'ophthalmologie, et l'on n'est pas arrivé à se mettre d'accord. Peut-être trouvera-t-on un jour une différence anatomique dans les deux espèces de fausses membranes?

M. Antonin Martin a vu, il y a six jours, un enfant qui avait à la fois une conjonctivite et une angine diphthéritiques. Il a guéri rapidement par les moyens ordinaires.

— M. Onimus lit une note sur un *nouveau mode de traitement par les oxydations médicamenteuses,* et présente l'appareil qu'il a imaginé pour appliquer le traitement. (Sera publiée.)

M. Luc : Comment se fait la diffusion des substances médicamenteuses? Y a-t-il combustion de ces substances?

M. Onimus : Il n'y a pas combustion, il y a oxydation au contact de la mousse de platine.

M. Ant. Martin : Mais alors ce n'est pas le médicament lui-même qui agit, ce sont les dérivés de ce médicament?

M. Dubrisay : Le procédé de M. Onimus n'est pas celui que l'on emploie dans les hôpitaux, où l'on essaye d'assainir l'air en faisant évaporer un liquide antiseptique sur une lampe à alcool. C'est évidemment un procédé tout différent.

M. Polaillon : M. Onimus a-t-il fait des expériences pour savoir si l'air qui se dégage de son appareil stérilise l'atmosphère ambiante?

M. Onimus : Je m'occupe de cette question, mais mes expériences ne sont pas terminées.

— M. Dubrisay lit une observation intitulée : *Histoire d'un dégénéré.* (Sera publiée.)

M. Delasiauve pense qu'une éducation convenablement dirigée, et surtout adaptée aux facultés des dégénérés, permet, dans un grand nombre de cas, de redresser leurs défauts, et il cite à l'appui plusieurs observations tirées de sa longue pratique.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, Baraduc.

FORMULAIRE

Traitement de la séborrhée des paupières. — Charvot.

La séborrhée des paupières est ordinairement liée au lymphatisme, à l'anémie, aux troubles gastriques et surtout aux troubles fonctionnels des organes génitaux. Aussi le traitement général devra s'adresser tout d'abord au lymphatisme, à l'anémie ou à la dyspepsie, qui entretiennent parfois l'affection.

Le traitement local consiste dans des soins de propreté assidus. Dans le cas de séborrhée fluide, on lave soigneusement les paupières avec de l'eau de savon tiède ; dans le cas de séborrhée sèche, on ramollit les croûtes par de légères onctions faites avec de l'huile d'amandes douces. Une fois ces précautions prises, il s'agit de modifier la sécrétion des glandes sébacées. Dans ce but, on applique sur les paupières, soit des pommades à base d'oxyde de zinc ou de carbonate de plomb, soit des compresses trempées dans une solution spiritueuse aromatique ou légèrement astringente. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La 55e assemblée générale de la British médical association se tiendra à Dublin, du 2 au 5 août prochain. Entre autres questions portées à l'ordre du jour signalons :

Section de chirurgie : Des inflammations de l'articulation de la hanche au point de vue de l'intervention opératoire (J. K. Barton) — Litholapaxie chez les jeunes garçons (J.-W. Walsham).

Section d'hygiène : Surmenage et maladies cérébrales des enfants (T. Madden), etc.

— Les trois principales questions qui seront discutées au VIe Congrès de médecine interne sont :

1° Localisation des maladies cérébrales (Nothnagel et Naunyn) ; 2° pathologie et traitement de la coqueluche (Vogel et Hagenbach) ; 3° traitement de la phthisie (Dettweiler, Penzoldt).

Le résumé des discussions des cinq précédents Congrès est contenu dans un volume récent rédigé par le professeur E. Leyden et le docteur Pfeiffer.

— La création d'une seconde chaire d'anatomie à l'Université royale Frédéric Guillaume de Berlin n'est pas encore définitivement arrêtée. Sont en compétition à ce sujet, les professeurs Hertwig (d'Iéna) et Furbinger (d'Amsterdam).

— Après avoir assisté au Congrès international d'hygiène de Vienne, le professeur Virchow entreprendra un voyage d'étude en Egypte.

— Le 6 juillet dernier, le professeur Kölliker fêtait, à Wurtzbourg, son 70e anniversaire.

— La Société d'hygiène publique des provinces rhénanes tient, aujourd'hui 23 juillet, son assemblée générale. A l'ordre du jour est portée la question suivante : Des méthodes et appareils de clarification des eaux de canalisation des grandes villes. Les principaux orateurs inscrits sont : Marx, principal architecte de Dorthmund, et le professeur Konig (de Munster). — Ch. S.

COURRIER

Monsieur « uplairci ». — L'érudition des auteurs allemands est considérée comme bien supérieure à celle des savants des autres nations par tous ceux qui ne savent pas qu'elle consiste uniquement dans la connaissance des nombreuses variétés du « *Centralblatt* ». Les lecteurs du *Centralblatt für Bacteriologie und Parasiterkunde* (n° 18, 1887) doivent être bien renseignés par un extrait dû à M. Kartulis (d'Alexandrie), sur un travail récemment publié par le prof. Hava en langue tchèque et intitulé : *O Uplairci* (*Sur la Dysenterie*). M. Kartulis attribue le travail à M. O. Uplairci, dont il répète le nom à trois reprises et cite les paroles textuelles. Pour le titre, se trouvant en face de l'hiéroglyphe tchèque : Predbezné sdeleni (en français : Communication préalable), il n'hésite pas à le traduire par : *Ueber die Dysenterie* (Sur la Dysenterie), et il a le soin de faire remarquer que la communication qu'il analyse a été publiée en langue bohême ! (*Lyon médical*).

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, 4, rue Suger, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales, et interrogés sur les matières des examens. Un nouveau cours commencera le 6 août.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 20, rue de la Michodière, ou au concierge du Cours.

Bulletin bibliographique.

Lésions cardio-vasculaires d'origine nerveuse, par le docteur Schnell. In-8°. — Prix : 3 fr.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave. Tome V : Du régime alimentaire, traitement hygiénique des maladies, par G. Sée. 1 vol. in-8°, avec 8 figures dans le texte. — Prix : 14 fr.

Anatomie descriptive et dissection contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, avec des aperçus physiologiques et pathologiques, par J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie, etc. 4e édition revue et augmentée. 3 vol. in-18, avec 1,316 figures intercalées dans le texte. — Prix : 30 fr.

Cure radicale des hernies, par Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon. 1 vol. in-8°, avec 13 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50.

Considérations pratiques sur les positions occipito-postérieures, par le docteur Hamon. 1 vol. in-18, avec 7 figures. — Prix : 2 fr. 50.

Ces cinq ouvrages se trouvent chez Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Traitement de l'anthrax par les flèches caustiques au chlorure de zinc,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 juin 1887,

Par M. Polaillon.

Ma très courte communication a pour but d'appeler l'attention sur un traitement de l'anthrax qui m'a toujours donné d'excellents résultats. Ce traitement, qui n'est pas nouveau, a pour base la destruction complète du bourbillon avec les flèches au chlorure de zinc, autrement dit avec la pâte de Canquoin disposée en flèches.

Avant de dire comment je procède, il importe d'établir que l'anthrax reconnaît pour cause le développement d'un microbe. Celui-ci se retrouve non seulement dans cette maladie, mais aussi dans l'ostéomyélite et dans le panaris. Pour le prouver, Gari (de Bâle) s'est soumis à une expérience inspirée par son grand zèle scientifique. Il s'est frictionné le bras avec la gélatine de tout un tube de culture de ce microbe. Dès le soir, il avait des pustules furonculeuses qui aboutirent, malgré l'intervention, à un énorme anthrax. Le pus de cet anthrax donna toujours, par culture, le même microbe, qui a pour caractère d'être agrégé en grappe et de posséder une coloration jaune.

Puisque l'anthrax est un foyer où des micrococci spéciaux évoluent, se multiplient et produisent des désordres redoutables, le meilleur moyen de couper court à la maladie consiste à détruire le centre morbigène. Aussi, bien avant que l'on connût la nature de l'anthrax, l'expérience avait-elle conduit à en pratiquer l'excision ou la cautérisation.

Chez les sujets bien portants, l'anthrax n'affecte pas ordinairement une forme très grave. Il guérit souvent sous l'influence de moyens simples, tels que les cataplasmes et les bains. Les douleurs qu'il engendre sont toujours soulagées par l'incision simple, par l'incision multiple avec le bistouri, ou par l'incision cruciale sous-cutanée de M. A. Guérin. Cependant il faut se défier de l'anthrax, au début, car il peut prendre tout à coup une marche inquiétante et se compliquer de septicémie.

Etant donnée la présence du microbe pyogène, le traitement de l'anthrax par l'incision au bistouri est dangereux, parce qu'il ouvre de nombreuses voies à l'inoculation. Ce danger est certainement beaucoup amoindri par les pansements et les lavages antiseptiques de la plaie. Mais il subsiste dans une certaine mesure, puisque l'action du bistouri est incapable de détruire les germes du foyer purulent.

L'incision avec le thermo-cautère est de beaucoup préférable. Non seulement elle agit en débridant les tissus, mais encore elle détruit les germes dans tous les points qui reçoivent le contact de la lame rougie par la chaleur. Malheureusement, ces points sont toujours trop limités.

Pour obtenir une destruction profonde du foyer morbide, rien n'égale les caustiques. Entre tous, le plus maniable dans le cas d'anthrax, et j'ajouterai le plus efficace, est la pâte de Canquoin disposée sous la forme de flèches, durcies par le dessèchement dans une étuve.

Voici comme je procède :

Il faut distinguer plusieurs cas :

1° Lorsque l'anthrax est en voie de suppuration, et lorsque la peau est perforée en plusieurs points, j'introduis par ces ouvertures des flèches que j'enfonce facilement dans le bourbillon, de manière à le remplir de flèches caustiques. En quelques heures, le bourbillon forme une masse solide, séparée des tissus sains par une zone de tissus cautérisés ; et, en quelques jours, cette eschare s'élimine laissant à sa place une surface bourgeonnante, qui marche rapidement vers la cicatrisation.

2° Lorsque le bourbillon de l'anthrax commence à se former et n'apparaît que par un petit pointillé blanchâtre à la surface de la peau, je crée une voie à l'introduction des flèches caustiques en ponctionnant la tumeur soit avec un bistouri, soit avec le thermo-cautère. Ces ponctions sont plus ou moins nombreuses selon l'étendue de l'anthrax, et sont espacées les unes des autres d'environ 2 centimètres. Une eschare comprenant tout l'anthrax se forme et s'élimine rapidement. La marche de la maladie en est très considérablement abrégée.

3° Lorsque l'anthrax est à son début, lorsqu'il n'y a pas de suppuration, lorsqu'il y a peu de fièvre, je me borne à le traiter par des applications émollientes, attendant le moment où le bourbillon apparaît pour le détruire avec les flèches caustiques. Mais si l'anthrax s'accompagne d'un appareil fébrile intense; s'il est volumineux, je n'hésite pas à le larder de flèches de Canquoin. Par ce moyen, tous les phénomènes inquiétants sont ordinairement enrayés.

Dans tous les cas, je recouvre la surface de l'anthrax d'une épaisse couche de compresses imbibées d'une solution phéniquée, ou mieux d'une solution de sublimé à 1 p. 1,000. Depuis quelque temps je donne toujours la préférence à la solution de sublimé. J'applique un cataplasme de farine de graine de lin fait avec la solution de sublimé, et j'obtiens ainsi l'effet antiseptique du sublimé et l'effet émollient du cataplasme.

Ce traitement a l'inconvénient d'être douloureux pendant une, deux ou trois heures. Mais il fait cesser, avec une merveilleuse rapidité, la fièvre et les phénomènes inquiétants, et transforme du jour au lendemain une maladie infectieuse grave en une plaie simple.

Les résultats que j'ai obtenus viennent à l'appui de cette assertion.

Sur 48 anthrax, dont quelques-uns étaient énormes, traités par la cautérisation avec les flèches au chlorure de zinc, il y a eu 47 guérisons (11 femmes et 36 hommes) et 1 mort. Ce dernier était un homme âgé de 44 ans, qui portait un énorme anthrax du dos. Il était glycosurique à un très haut degré, et aurait été traité très irrégulièrement dans son domicile pendant plus d'un mois. Apporté à l'hôpital dans un état des plus graves, je me hâtai de pratiquer avec le thermo-cautère une incision cruciale et de larder l'anthrax avec des flèches caustiques. Malgré ce traitement énergique, malgré les lavages et les pansements phéniqués, l'inflammation diffuse suivit son cours et emporta le malade le 28 novembre 1882, une semaine après son entrée à l'hôpital.

Enfin je terminerai en signalant que la durée moyenne de ce traitement a été de 21 jours, par conséquent une durée très abrégée.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique, par le docteur Lewis A. Sayre, traduites par le docteur H. Thorens. — Paris, Steinheil, 1887.

Professeur de chirurgie orthopédique à l'hôpital Bellevue, à New-York, l'auteur expose les résultats de sa longue pratique et étudie surtout un certain nombre de sujets spéciaux : le pied-bot, les déviations du rachis, le mal de Pott, le torticolis, les arthrites, etc.

Après les premières leçons consacrées à l'historique et aux difformités et malformations en général, on lira avec intérêt des observations d'où il ressort que l'opération du phimosis ou l'amputation du clitoris peuvent dans beaucoup de cas faire cesser des paralysies ou des contractures tenant à l'excitation génitale.

Les chapitres suivants contiennent un travail complet sur le pied-bot. La difformité est produite par les antagonistes des muscles vers lesquels le pied se contourne, et cette origine paralytique indique l'emploi des tractions élastiques pour suppléer aux muscles affaiblis ou paralysés, des appareils mécaniques, de l'électrisation et du massage.

Un point sur lequel l'auteur insiste beaucoup est la nécessité de permettre le libre fonctionnement du pied et la marche; dans ce but, il indique la construction d'appareils simples et ingénieux dont nous engageons vivement à lire la description.

Il existe un pied-bot spasmodique, mais il est presque toujours dû à un pied-bot paralytique négligé ou mal soigné, ce qui a amené la contracture ou la rétraction de certains muscles. M. Sayre donne, du reste, le moyen clinique de distinguer les deux variétés.

Le mal de Pott doit être traité par l'immobilisation du tronc dans une attitude redressée; pour cela on suspend le malade par les aisselles et un collier s'appuyant sur l'occiput et le menton, puis on applique un appareil plâtré. Des modifications sont introduites dans le traitement quand le mal de Pott siège dans les vertèbres cervicales ou les premières dorsales.

C'est encore l'extension unie à l'immobilisation qu'il faut employer dans le traitement des arthrites; dans les formes subaiguës et chroniques, ou pourra y joindre un exercice modéré. Il est nécessaire d'étudier avec soin les appareils spéciaux que l'auteur a construits pour le traitement des affections articulaires.

Le chirurgien américain, s'éloignant en cela de l'opinion admise en France, pense que les tumeurs blanches sont accidentelles et non diathésiques; elles seraient toujours d'origine traumatique. Comme le fait remarquer M. Polaillon dans la préface qu'il a mise en tête de l'ouvrage, il y a longtemps que l'histologie a démontré la nature tuberculeuse des arthrites fongueuses. — P. C.

Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés. Déductions physiologiques et chirurgicales (strabisme), par le docteur Motais (d'Angers). — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887.

Cet ouvrage se divise en deux parties, dont la première, consacrée à l'étude des muscles de l'œil et de la capsule de Tenon chez les vertébrés, a déjà paru dans les *Archives d'ophthalmologie.*

Un des points les plus originaux de ce travail est l'étude du tissu, que les auteurs qui décrivent la cavité orbitaire appellent cellulo-graisseux. M. le docteur Motais, s'appuyant sur l'anatomie comparée et sur les dissections nombreuses qu'il a patiemment poursuivies, a constaté qu'il y a là une véritable membrane qui s'étend d'un muscle à l'autre sans interruption réelle et se reconstitue, après chaque dédoublement, autour d'un lobule adipeux; entre les muscles droits supérieur et externe, elle est simple et ne pré-

sente pas d'aréoles. Elle forme la gaine des muscles et se continue en avant avec une membrane très épaisse offrant, d'une manière évidente, l'aspect d'une aponévrose. L'auteur compare la membrane qu'il décrit au fascia cribriformis, et lui donne le nom d'aponévrose commune des muscles de l'œil.

En arrière, l'aponévrose se confond avec le périoste soit au niveau de l'insertion des muscles, soit dans leur intervalle; en avant, aux environs de l'équateur du globe, elle se divise en deux feuillets : l'un profond, qui se replie pour recouvrir le tiers environ de l'hémisphère postérieur du globe; l'autre, superficiel, qui se rend principalement au rebord orbitaire et aux paupières.

La partie antérieure forme une membrane compacte, d'un aspect gris jaunâtre et ne renferme plus de lobules adipeux; sur aucun point, elle ne présente d'interruption.

Si l'on admet l'existence isolée d'ailerons ligamenteux se détachant de la gaine des droits pour se rendre à l'orbite, on commet une erreur anatomique; les planches que l'auteur insère dans son ouvrage semblent très démonstratives, et il donne, du reste, le détail des procédés de préparation qu'il a employés.

M. Motais décrit encore un fascia sous-conjonctival qui se détache de la face oculaire de l'aponévrose, à quelques millimètres en avant de l'angle de séparation des ailerons d'avec les muscles, et, dans l'intervalle de ces muscles, à peu près sur la même ligne. Cette membrane est recouverte par le tissu cellulaire sous-conjonctival et recouvre une autre lame plus profonde, la *capsule interne*. Le feuillet profond, ou l'aponévrose commune, reçoit l'insertion des cloisonnements celluleux qui renferment le tissu adipeux post bulbaire.

Nous ne pouvons malheureusement suivre l'auteur dans la description de ce qu'il appelle la capsule interne ou bulbaire, et nous nous contenterons de recommander aux anatomistes et aux chirurgiens la lecture de ces considérations fertiles en déductions opératoires. L'ouvrage se termine par des monographies sur l'appareil moteur de l'œil de plusieurs animaux et par une série de petits mémoires sur les aponévroses oculaires.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Daims attaqués de la rage. — Le *Medical Press and Circular* du 27 avril 1887 rapporte le fait suivant très curieux : Plus d'une centaine des daims qui forment une des attractions du parc historique et célèbre de Richmond ont manifesté des symptômes de rage, et l'on a appris avec autant de regret que de surprise qu'il a fallu abattre 130 de ces animaux sur 1,500. Ce qui est remarquable, c'est que rien ne vient jeter aucune lumière sur la cause de cet accident. Il est tout à fait improbable qu'un chien enragé, dont on n'a d'ailleurs constaté aucune trace, ait pu mordre un si grand nombre d'animaux, et la circonstance que ceux-ci ont été atteints simultanément exclut l'hypothèse qu'ils auraient pu s'infecter entre eux. On attend que le vétérinaire officiel fasse connaître les considérations sur lesquelles il s'est appuyé pour déclarer que la maladie était réellement la rage. Si les idées admises dans la science sur cette maladie ne sont pas erronées, il n'y a qu'une manière d'en expliquer la communication. Faut-il admettre, comme on l'a suggéré, que les conditions d'existence des daims sont de nature à favoriser chez eux le développement de la maladie? Mais, outre que rien ne prouve cette vue, son admission n'éclairerait en rien le point obscur de la source de la contagion. — R.

Hérédité de la phthisie pulmonaire. — On trouve dans l'*American Lancet*, avril 1887, l'analyse suivante de quatre cents cas de phthisie pulmonaire par le docteur Hermann Brehmer :

1. — Les membres des nombreuses familles ne sont pas tous également vigoureux et ne résistent pas tous avec le même succès aux causes de la phthisie pulmonaire; envisagés dans leur ensemble, ils ont en général moins de vigueur vitale que les membres des familles moins nombreuses.

2. — Le dernier né des familles nombreuses, si les parents sont sains et appartiennent à une famille peu nombreuse, est le plus accessible à la phthisie pulmonaire.

3. — Le dernier né et le premier né, dans les familles peu nombreuses, sont accessibles à la phthisie pulmonaire, tandis que les enfants intermédiaires y échappent beaucoup plus, et cela s'observe, lors même que les parents et les grands parents ont été sains et sont parvenus à un âge avancé, pourvu que le père et la mère ou l'un des deux soient issus des plus jeunes membres de familles nombreuses.

4. — Les enfants nés de parents qui ont des antécédents de phthisie sont soumis à la même loi de susceptibilité que ceux dont les parents, jouissant d'une bonne santé, sont issus des derniers nés de familles nombreuses, avec cette différence qu'il n'est pas nécessaire que les deux parents ou l'un des deux soient issus des derniers nés de leurs familles.

5. — Les enfants nés dans la période d'une année après le dernier accouchement de leur mère sont plus exposés à la phthisie pulmonaire que ceux nés après un intervalle de deux ou trois ans.

6. — Chez les enfants nés de parents phthisiques, la phthisie pulmonaire se déclare trois années, en moyenne, plus tôt que chez ceux qui sont nés de parents sains.

7. — Les parents qui ont des antécédents de famille relativement à la phthisie sont moins prolifiques, dans la proportion de près de la moitié, que ceux qui n'ont point cette tare de famille. — R.

Étiologie de la sclérose en plaques chez les enfants. Influence de l'hérédo-syphilis, par Moncorvo (de Rio-Janeiro). — La sclérose en plaques est très rare chez les enfants : l'auteur n'en a recueilli que 17 cas dans la littérature ; en outre, il en a observé 4 personnellement. Il croit pourtant très probable qu'un assez grand nombre ont été méconnus, et que d'autres, observés en parfaite connaissance de cause, ont échappé à la publicité.

La prédilection de la sclérose en plaques pour le sexe féminin semble ressortir de ce que sur les 21 cas publiés on compte 12 filles et 9 garçons. Charcot avait fait la même remarque à propos des adultes. Le début peut se faire dans la première enfance à 7 mois, à 1 an (Moncorvo), à seize mois, à trois ans (Barthez et Sanné), le plus souvent vers trois à quatre ans (P. Marie). L'influence de l'hérédité nerveuse directe ou collatérale est mal connue.

En revanche, il existe très probablement une connexion entre la sclérose en plaques et certaines maladies infectieuses antécédentes ; c'est un point que Marie a mis en lumière avec beaucoup de sagacité. Le mécanisme pathogénique est l'irritation du système vasculaire par la pénétration d'agents infectieux ou virulents dans la circulation. Les recherches anatomiques poursuivies par Marie et Jendrassick (*Archives de physiologie*, 1885) ont prouvé le point de départ périvasculaire du processus scléreux, qui gagne ensuite, de proche en proche, le tissu environnant, en entraînant l'atrophie et même la destruction des éléments nerveux.

M. Moncorvo admet volontiers que cette pathogénie est vraie pour la formation des plaques multiloculaires de sclérose. Mais il ajoute qu'aux agents infectieux des pyrexies il faut ajouter le virus syphilitique ; d'après lui, l'influence de la syphilis héréditaire est indéniable sur l'apparition de la sclérose cérébro-médullaire dans plusieurs observations qu'il a recueillies. D'ailleurs, dit-il, « si la syphilis héréditaires est susceptible d'engendrer des altérations du foie, de la rate, du poumon, du cœur, des reins, de l'intestin, du péritoine, comme on le sait depuis longtemps, si, comme on l'a démontré plus récemment, il existe des méningites aiguës ou chroniques et des lésions cérébrales développées primitivement sous l'influence de la même cause, si des myélopathies systématiques sont en connexion très probable avec elle, pourquoi celle-ci ne produirait-elle pas aussi des lésions encéphalo-médullaires disséminées ?

M. Fournier a déclaré dans ses leçons sur la syphilis héréditaire tardive qu'il considère théoriquement la sclérose en plaques comme une affection où la syphilis est destinée à prendre quelque jour une part étiologique, tout en ajoutant qu'il n'a pu jusqu'ici mettre la main sur un seul fait démonstratif cliniquement ou anatomiquement. C'est un fait

clinique seulement que fournit M. Moncorvo ; mais il a été observé très minutieusement.

La fillette de 3 ans dont M. Moncorvo raconte l'histoire a présenté les symptômes suivants : troubles psychiques (hallucinations, changement de caractère, accès de colère soudains, agitation nocturne) ; nystagmus oscillatoire, tremblement de la langue, troubles de la parole, défaut de coordination des mouvements des membres, marche hésitante et chancelante, enfin tremblement coïncidant avec les mouvements volontaires et disparaissant par le repos. Le diagnostic de sclérose en plaques disséminée paraît donc légitime. On ne put relever dans les antécédents aucune fièvre exanthématique, ou autre maladie virulente, sauf la syphilis héréditaire dont elle portait certains signes, plus où moins démonstratifs : (taches couleur jambon et papules sur le ventre, les fesses et les cuisses ; adénopathies sous-occipitales et inguinales, thorax rachitique, érosions en hache des incisives supérieures).

L'enfant soumise au traitement iodo-hydrargyrique fut considérablement améliorée en quelques mois ; puis, le traitement ayant été interrompu deux ans, les mêmes désordres nerveux reparurent, mais cette fois la médication spécifique prolongée fit disparaître tous les symptômes sauf un léger tremblement des mains. M. Moncorvo conclut du fait observé par lui : « que la syphilis héréditaire ne doit pas être oubliée parmi les maladies générales de nature infectieuse auxquelles il y a lieu de rattacher les altérations vasculaires, points de départ du processus hyperplasique de la sclérose multiloculaire de l'enfance. » (*Revue des maladies de l'enfance*, juin 1887.) — P. L. G.

L'iodure de potassium contre la broncho-pneumonie des enfants, par M. Zinnis (d'Athènes). M. Zinnis a été amené à expérimenter l'iodure de potassium dans la broncho-pneumonie en songeant au soulagement qu'il procure dans beaucoup de dyspnées. Il l'a donné de 0,50 à 2 gr. à des enfants de 6 mois à 7 ans et dit en avoir retiré un bénéfice certain, ainsi que plusieurs de ses confrères d'Athènes auxquels il en avait conseillé l'essai. Il lui a paru que les broncho-pneumonie rubéoliques et coqueluchiales n'étaient pas justiciables de l'iodure ; cela restreint à vrai dire considérablement le nombre des broncho-pneumonies de l'enfance dans lesquelles l'iodure pourra être utile. (*Bulletin gén. de thérapeutique*, 30 juin 1887.) — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Plaies pénétrantes du crâne. — Méthode et instrument pour les lavages de la cavité utérine. — Rapport sur une observation intitulée : « Ostéo-myélite chronique du fémur; séquestre dans le foyer ostéopathique; ulcération de l'artère poplitée et d'une branche collatérale; hemorrhagies; mort. » — Présentation de malade : Résection de l'astragale; traitement post opératoire; guérison. — Opération d'Estlander datant de trois ans; guérison. — Présentation de pièce pathologique : Tumeur fibro-kystique de l'utérus. — Election d'un membre titulaire.

M. le docteur Folet, membre correspondant à Lille, adresse plusieurs observations de plaies pénétrantes du crâne, par balles de revolver; elles viennent à l'appui de ce qui a été dit par M. Peyrot relativement à l'opportunité et à l'utilité de l'intervention chirurgicale dans un certain nombre de cas.

— M. Trélat présente, au nom de M. le docteur Sevastopoulo (de Constantinople), une note relative à une méthode et à un appareil instrumental pour les injections et les lavages continus dans la cavité utérine.

— M. Larrey offre en hommage, de la part de M. Bérenger-Féraud, membre correspondant, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude des corps étrangers de la face.*

— M. Paul Reclus communique l'observation d'une dame qu'il a eu l'occasion de voir,

ce matin même, en consultation avec M. le docteur Joffroy, et qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille.

— M. Ch. Monod fait un rapport sur une observation de M. le docteur Larabrie (de Nantes), intitulée : *Ostéo-myélite chronique du fémur; séquestre dans le foyer ostéopathique; ulcération de l'artère poplitée et d'une branche collatérale; hémorrhagies; mort.*

Il s'agit d'un homme de 28 ans, atteint à l'âge de 13 ans d'une ostéo-myélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur qui passe à l'état chronique et laisse après elle des fistules. Quinze années s'écoulent au milieu d'alternatives diverses. Le malade avait pu reprendre ses occupations et supportait assez bien son infirmité, lorsqu'un jour se produit, par un orifice fistuleux siégeant au creux poplité, une hémorrhagie qui s'arrête d'elle-même. L'accident se reproduit à trois reprises dans l'espace d'un mois. Ce n'est qu'à la suite de la troisième hémorrhagie que cet homme se décide à entrer à l'hôpital.

Le jour même, l'hémorrhagie reparaît, malgré un pansement compressif régulièrement appliqué. Elle est manifestement artérielle. Etat général grave : prostration, pâleur des téguments, pouls petit, fièvre vive.

Une intervention active et prompte s'imposait. M. Larabrie, à raison du mauvais état de la circulation de l'extrémité inférieure du membre (jambe froide, coloration foncée de la peau, phlyctènes disséminées), ne crut pas devoir pratiquer la ligature de la fémorale et se décida, après avoir pris l'avis de ses collègues, à faire l'amputation de la cuisse.

Le soir même de l'opération, le malade succombait.

La dissection du membre amputé montra que l'artère poplitée traversait un foyer purulent dans lequel on decouvrit flottant, absolument libre, un séquestre mince, mais à bords irréguliers, hérissés de saillies très aiguës.

L'artère poplitée présentait sur la paroi antérieure, à 3 centimètres au-dessous de l'anneau du troisième adducteur, une ulcération à bords déchiquetés, mesurant 5 à 6 millimètres dans son plus grand diamètre, qui était transversal. Une seconde artère parallèle à la poplitée, plus petite qu'elle, présentait également une ulcération d'une étendue relativement plus grande que celle de la poplitée.

Au sujet de la pathogénie de ces ulcérations artérielles, M. Monod rappelle que, dans un mémoire lu en 1882, il indiquait la pression d'un corps étranger (drain, séquestre) comme étant, dans certains cas, la cause manifeste de la lésion; dans certains autres cas, la perforation semblait s'être faite spontanément, en dehors de toute influence extérieure traumatique.

La lecture des observations publiées montre que l'ulcération spontanée des artères est plus fréquente qu'on ne le croit communément. Elle serait sous la dépendance d'altérations survenant dans l'épaisseur des parois du vaisseau, lorsqu'il a été pendant longtemps plongé dans un foyer purulent.

M. Monod avait émis l'hypothèse que, sous l'influence de l'inflammation qui frapperait en pareil cas la paroi artérielle, la tunique moyenne pourrait disparaître, d'où résulterait un affaiblissement de l'artère; celle-ci, se laissant dilater, finirait par céder sur un point.

M. Monod est porté à croire que, si même on trouve dans le foyer, comme dans le cas de M. de Larabrie, un séquestre flottant qui par sa présence a pu faciliter la perforation, celle-ci doit réellement être rapportée à l'altération spontanée de la paroi artérielle, le corps étranger n'ayant agi que comme cause déterminante. Telle est également l'opinion de l'auteur de l'observation.

M. Verneuil a eu l'occasion de voir sept à huit cas d'hémorrhagies produites par des ulcérations artérielles. Dans un cas, chez une petite fille atteinte d'ostéo-myélite chronique, l'ulcération, qui avait son siège sur l'artère tibiale postérieure, était produite par un tubercule qui avait rongé les tuniques de ce vaisseau. Des hémorrhagies successives nécessitèrent la ligature double de ce dernier.

M. Lannelongue déclare qu'il y a lieu d'établir une grande différence, au point de vue de la pathogénie des ulcérations artérielles, entre les abcès tuberculeux et les abcès

inflammatoires. A son avis, ces ulcérations sont presque toujours le résultat du contact de l'artère avec le pus d'un foyer tuberculeux.

M. Trélat partage d'une manière générale l'opinion exprimée par M. Lannelongue; mais il n'est pas démontré, suivant lui, que le contact d'un corps dur ne puisse produire par lui-même l'ulcération des parois d'une artère.

M. Le Dentu a eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas dans lesquels l'invasion des tuniques artérielles par le tubercule ne pouvait être révoquée en doute. Mais il a vu également des cas dans lesquels l'ulcération de l'artère ne pouvait être attribuée ni à l'altération tuberculeuse de la paroi ni à l'action mécanique d'un séquestre. Il a observé, entre autres, un cas d'angine tonsillaire terminée au huitième jour par une hémorrhagie foudroyante. Nombre d'auteurs ont publié des cas de même genre, ainsi que des faits de mort par hémorrhagie résultant d'une ulcération de l'artère carotide dans le cours d'une scarlatine, à la suite d'un abcès ganglionnaire du cou, d'un bubon non tuberculeux, etc.

Il est difficile de ne pas admettre à côté des cas d'ulcérations artérielles produites par des foyers tuberculeux, d'autres cas où l'ulcération a été provoquée par le contact du pus d'abcès plus ou moins récents. Se produit-il dans ces cas une altération particulière dans la composition du pus, et faut-il admettre une nécrobiose artérielle se rattachant à une sorte d'infection non encore déterminée de l'organisme? C'est ce que nous ignorons actuellement.

M. Lannelongue admet les faits d'ulcération de la carotide primitive, par exemple, dans le cours d'une angine scarlatineuse. Il n'aurait aucune répugnance à croire à une espèce particulière de virulence du pus dans ces cas.

— M. Verneuil présente une petite fille à laquelle il a pratiqué l'ablation de l'astragale pour une arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne qui avait laissé de si nombreuses fistules que M. Verneuil se demanda tout d'abord en la voyant pour la première fois, s'il ne lui pratiquerait pas l'amputation de la jambe. Il crut devoir temporiser, et il réussit à faire l'ablation de l'astragale en entier après avoir simplement agrandi les ouvertures fistuleuses. Le pied fut ensuite maintenu à l'aide d'un appareil plâtré, et les fistules traitées par l'iodoforme en injections et en crayons.

Il y a deux ans que l'opération a éte pratiquée. Or, comme l'enfant, quoique améliorée, demeurait dans un état stationnaire et qu'elle conservait toujours quelques petites ouvertures fistuleuses sans tendance à la cicatrisation, M. Verneuil crut devoir l'envoyer à Berck-sur-Mer, faire un séjour de quatre mois.

Sous l'influence du traitement par l'air et les bains marins, la cicatrisation des fistules s'est rapidement effectuée, et la santé générale s'est tellement et si avantageusement tranformée que l'enfant est devenue méconnaissable. La guérison est acquise depuis un an; il ne reste plus qu'un léger varus qui n'empêche pas la petite malade de marcher.

M. Verneuil pense qu'on ne saurait trop faire d'agitation, à la Société de chirurgie, en faveur du traitement maritime de Berck pour les enfants atteint d'affections tuberculeuses des os. Ce traitement post-opératoire sera, dans la majorité des cas, d'un merveilleux effet.

M. Trélat partage l'opinion de M. Verneuil; pour lui, il a obtenu les meilleurs résultats en envoyant ses malades faire un traitement post-opératoire à Salies-de-Béarn.

M. L.-Championnière estime que M. Verneuil eût pu obtenir une guérison plus complète et plus rapide en élargissant le champ opératoire chez sa malade, et en sacrifiant toute une portion de tissus morbides dont la conservation a retardé la guérison et donné lieu au varus qui persiste.

M. Verneuil répond que ce léger varus est dû aux fusées purulentes et qu'il était absolument impossible de l'empêcher.

— M. Pozzi met sous les yeux de ses collègues une tumeur fibro-kystique de l'utérus

qu'il a enlevée ce matin même sur une femme de son service. Il tiendra la Société au courant des résultats de cette opération.

— M. Bouilly présente un jeune homme auquel il a pratiqué, il y a trois ans, l'opération d'Estlander. Il a réséqué sept côtes, de la quatrième à la onzième. La guérison a été radicale et l'on ne se douterait pas, à moins de voir à nu la poitrine de cet homme, qu'il a subi une pareille opération.

— M. Nélaton, chirurgien des hôpitaux, a été élu membre titulaire par 22 voix sur 26 votants. M. Reynier a obtenu 3 voix et M. Routier 1.

Tous nos compliments au nouvel élu, qui porte si dignement un nom illustre entre tous. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juillet 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire ; *L'urobilinurie. — Transmission de la fièvre typhoïde par l'air.*

M. Hayem fait une importante communication sur la présence de l'urobiline en quantité plus ou moins considérable dans les urines et sur les indications diagnostiques et pronostiques qu'on en peut tirer.

Dans la première partie de ce travail, consacrée exclusivement au côté chimique de la question, M Hayem étudie la nature de l'urobiline et rappelle les moyens que nous possédons pour déceler la présence de cette matière colorante soit dans les urines, soit dans le sérum sanguin. Dans un centimètre cube de sérum obtenu par coagulation lente pendant vingt-quatre heures, l'examen spectroscopique permet de constater, outre les deux bandes d'absorption caractéristiques de l'hémoglobine, le spectre de l'urobiline caractérisé par une bande d'absorption située entre les raies *b* et *F*.

Quand il existe simultanément le chromogène et l'urobiline, il convient, pour obtenir le spectre de celle-ci, d'oxyder d'abord le chromogène par l'eau iodée.

Outre le sérum sanguin et l'urine, les garde-robes contiennent aussi de l'urobiline en grande quantité à l'état normal, côte à côte avec les pigments biliaires.

L'urine contenant toujours à l'état normal une petite quantité d'urobiline, l'urobilinurie n'est que l'exagération d'un phénomène physiologique. Passagère et intermittente, elle n'a pas grande importance; elle en acquiert beaucoup, au contraire, quand elle est durable et, à plus forte raison, permanente.

Les urines qui contiennent beaucoup d'urobiline ont une teinte rougeâtre foncée, que Gubler avait caractérisée du nom d'hémaphéisme.

On est en droit de dire que l'urobiline est un des pigments que Gubler avait confondus sous le nom d'hémaphéine.

Dans l'urine ictérique, on trouve toujours de l'urobiline à côté des deux pigments biliaires, la bilirubine et la biliverdine.

M. Hayem a noté quatre combinaisons possibles au point de vue de la présence, isolément ou simultanément, de l'urobiline et des pigments biliaires dans le sérum et les urines.

L'une ou l'autre de ces combinaisons peut être observée dans l'état pathologique. L'auteur passe en revue successivement les maladies aiguës fébriles, les infections comme la fièvre intermittente où chaque accès est suivi d'une crise d'urobilinurie, les maladies du cœur qui, à chaque atteinte d'asystolie, s'accompagnent d'excrétion d'urobiline, les intoxications (saturnisme, empoisonnement par le phosphore, alcoolisme aigu et chronique), toutes les maladies du foie, surtout les cirrhoses, les maladies de l'encéphale (certaines hémiplégies), des affections du tube digestif (diarrhée chronique), et des troubles de la nutrition et de l'hématopoièse (chlorose, leucocythémie).

M. Hayem se demande si l'urobiline joue un rôle dans la production de certains ictères. Elle a un faible pouvoir colorant et, comme elle est très diffusible, elle ne s'accumule pas dans le sérum sanguin; on ne peut donc admettre qu'à elle seule elle produise l'ictère. L'hémaphéine de Gubler comprend, outre l'urobiline, d'autres pigments

biliaires, modifiés il est vrai dans leur constitution chimique, puisqu'ils ne donnent plus lieu à la réaction de Gmelin. Si l'urobiline est étrangère à la coloration de l'ictère vrai, M. Hayem incline à penser qu'on peut lui attribuer la teinte jaune verdâtre des muqueuses et de la peau qu'on observe dans l'anémie pernicieuse progressive.

Le microscope a permis de constater que dans tous les cas où l'urobilinurie avait été de quelque durée, il existait dans le foie au moins de la stase veineuse et du catarrhe des voies biliaires; mais on l'observe surtout dans les cirrhoses, le cancer du foie, dans tous les cas de dégénérescence graisseuse avec ou sans hypertrophie. La lésion constante, celle à laquelle il est légitime par conséquent d'attribuer l'urobilinurie est l'infiltration ou la dégénérescence graisseuse de la cellule hépatique.

M. Hayem étudie ensuite l'origine de l'urobiline. On admet aujourd'hui que tous les pigments de l'organisme dérivent de l'hémoglobine; si la démonstration rigoureuse n'est pas faite, l'hypothèse est pourtant acceptable. Par quel procédé l'urobiline dérive-t-elle de l'hémoglobine?

D'abord par voie indirecte dans le foie, par l'intermédiaire du pigment biliaire normal, la bilirubine; celle-ci se transforme en hydrobilirubine, qui est appelée encore urobiline. C'est dans l'intestin que cette transformation aurait lieu d'après certains chimistes. Ils ont affirmé qu'il n'existe pas d'urobiline dans le foie, M. Hayem, ayant contrôlé cette affirmation, la déclare inexacte. Il existe toujours à l'état normal une certaine proportion d'urobiline dans la bile du foie, mais elle augmente beaucoup quand le foie est altéré par dégénérescence graisseuse de ses cellules. En dehors de cette condition, l'augmentation de la tension sanguine dans les veines sus-hépatiques, comme cela est fréquent chez les cardiaques, est une condition génératrice d'urobiline.

Quant à la formation directe d'urobiline dans le sang, aux dépens de l'hémoglobine et par destruction des hématies, cette opinion soutenue par Harley, Bamberger, adoptée par Gubler, appelle une confirmation. M. Hayem fera de cette étude l'objet d'un travail ultérieur. *A priori*, et d'après certaines données qu'il a déjà, il incline à croire que la destruction des globules rouges s'opère plutôt dans certains viscères, comme le foie, que dans la circulation.

Résumant sa communication, M. Hayem dit que l'urobiline est le pigment que forme le foie malade, torpide; c'est, comme le disait Gubler de l'hémaphéine, l'indice de l'insuffisance hépatique. Dès lors, l'urobilinurie permanente acquiert une valeur très grande au point de vue du diagnostic et du pronostic, puisqu'elle permet presque d'affirmer la dégénérescence graisseuse du foie.

— M. Féréol communique, de la part de M. Devalz, médecin aux Eaux-Bonnes, la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde (épidémie de maison) dans laquelle il pense trouver un exemple de transmission du germe morbide par l'air, mode de transmission à coup sûr exceptionnel, et même contesté en général.

Une personne atteinte de fièvre typhoïde arrive dans un hôtel des Eaux-Bonnes, ayant déjà les premiers symptômes de sa maladie. En quatre semaines, elle était guérie. Mais à quelques jours d'intervalle, les trois filles du maître de l'hôtel étaient atteintes de la maladie, dont aucun autre cas ne se manifesta dans la ville, qui est abondamment pourvue d'eau de source de bonne qualité. L'examen bactériologique n'y a montré aucun organisme suspect.

Mais, pendant le traitement de la malade venue de Paris, aucune précaution de désinfection n'avait été prise, les matières fécales étaient jetées dans les cabinets de l'hôtel; or, la porte de ceux-ci donnait dans une galerie mal ventilée à un mètre de la chambre où couchaient les jeunes filles du maître d'hôtel, chambre dont l'unique fenêtre s'ouvrait sur cette galerie.

Il est donc possible d'admettre que le transport des germes typhiques émanés des cabinets s'est fait par l'air, et que les jeunes filles se sont contaminées en les respirant. — P. L. G.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 1er AU 20 JUILLET 1887.

Vendredi 1er juillet. — M. Descater : Traitement des végétations chez la femme enceinte. (Président, M. Fournier.) — M. Gonzalez : Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale par calculs biliaires. (Président, M. Potain.)

Du 2 au 5. — Pas de thèses.

Mercredi 6. — M. Lavergne : De la kératite interstitielle. Etude étiologique. (Président, M. Fournier.) — Miss Bradley : Iodisme. (Président, M. Fournier.) — M. Barnard : Des plaies de l'intestin par armes à feu. (Président, M. Trélat.) — M. Piquard : Tarsalgie des adolescents. (Président, M. Lannelongue.) — M. Sutherland : Des fractures multiples complètes et incomplètes du sternum (poignée et corps) chez l'adulte et chez l'enfant. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 7. — M. Pacaud : De la conduite à tenir dans la rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine. (Président, M. Tarnier.) — M. Loye : Recherches expérimentales sur la mort par décapitation. (Président, M. Brouardel.) — M. Langlois : Contribution à l'étude de la calorimétrie directe chez l'homme. (Président, M. Grancher.)

Du 8 au 11. — Pas de thèses

Mardi 12. — Mme Veroudart : Des limites de la conservation après les traumatismes de la main. (Président, M. Le Fort.) — M. Festal : Veines de l'orbite. (Président, M. Panas.) — M. Faucillon : De l'intervention chirurgicale dans l'ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires. (Président, M. Lannelongue.) — M. Despagnet : De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée. (Président, M. Lannelongue.) — M. Muller : De la toux utérine. (Président, M. Peter.) — M. Droubaix : Contribution à l'étude des hémorrhagies des capsules surénales. (Président, M. Cornil.) — M. Toutut : Des gommes de la peau dans la syphilis héréditaire. (Président, M. Cornil.) — M. Imbert : Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. (Président, M. Tarnier.)

Mercredi 13. — M. Mathieu, dit Sicaud : De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë. (Président, M. Charcot.) — M. Bourelly : De l'asphyxie locale des extrémités envisagée comme symptôme. (Président, M. Fournier.) — M. Cisierne : Des dermatoses simulées. (Président, M. Fournier.)

Le 14 et le 15. — Pas de thèses.

Samedi 16. — M. Malaingre : Histoire des épidémies de l'arrondissement de Chaumont. (Président, M. Laboulbène.) — M. Richard : Maladie de Paget. (Président, M. Proust.) — M. Bataille : Traumatisme et névropathies. (Président, M. Peter.) — M. Turbure : De l'uréthrite goutteuse. (Président, M. Peter.) — M. Mery : De la mort apparente des nouveau-nés. (Président, M. Tarnier.)

Le 18 et le 19. — Pas de thèses.

Mercredi 20. — M. Laumet : Eruption et suppuration. (Président, M. Potain.) — M. Bobowicz : Hydatides du cœur. (Président, M. Damaschino.) — M. Panel : D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil. (Président, M. Gariel.) — M. Stojenesco : Diagnostic des gommes. (Président, M. Fournier.) — M. Amiel : Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives. (Président, M. Fournier.) — M. Fretin : De l'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche. (Président, M. Farabeuf.)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA DU CUIR CHEVELU. — Jackson.

Soufre sublimé et lavé............................ 4 grammes.
Axonge benzoïnée.................................. 100 —

Mêlez. — Pour faire tomber les écailles, dans les cas d'eczéma sec du cuir chevelu,

on graisse la tête avec de l'huile d'amandes douces ; on la couvre d'une calotte de flanelle imbibée d'huile, et, par dessus le tout, on dispose un bonnet de soie huilé intérieurement. — Le lendemain, on lave le cuir chevelu à l'eau de savon, puis on applique la pommade soufrée. — Dans le cas de rougeur trop vive, on commence par des onctions de vaseline pure. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

— A l'Académie des sciences de Buda-Pesth, le président du bureau de statistique de la capitale a lu un travail du docteur K. Wiszelvosky ayant pour titre : « De la mortalité des populations hongroises et des moyens de la diminuer. » Dans ce mémoire, l'auteur, qui depuis trente ans s'occupe de la statistique sanitaire de son pays, constate qu'actuellement le chiffre de la mortalité est à peu près le même qu'il y a trente années. — Ch. S.

COURRIER

Par décret, en date du 18 juillet 1887, Mme Madeleine Berthon, en religion sœur Philomène, de l'ordre des sœurs de la Charité et de l'Instruction chrétienne de Nevers, attachée, depuis trente-quatre ans, au service des salles militaires de l'hospice de Troyes, a été nommée chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel en date du 13 juillet 1887, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

Médaille d'argent. — M. Gardet, médecin cantonal à Saint-Pierre d'Argençon.

Médailles de bronze. — MM. le docteur Pasqualini, à Marseille ; — Gascuel, interne intérimaire à l'hôpital Sainte-Marthe à Avignon.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du lundi 18 juillet 1887, à une double élection :

1° A l'élection d'un secrétaire perpétuel pour les sciences physiques, en remplacement de M. Vulpian, décédé.

Le nombre des votants étant 41, majorité 21, M. Pasteur est élu, au premier tour de scrutin, par 39 voix. Il y a deux bulletins blancs.

2° A l'élection d'un correspondant dans la section d'anatomie et zoologie. Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne : M. Cotteau (d'Auxere) ; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Marion (de Marseille) et Sabatier (de Montpellier).

Le nombre des votants étant 31, majorité 16, M. Cotteau est élu par 29 suffrages contre 2 à M. Marion.

Faculté de médecine de Paris. — L'assemblée des professeurs a, dans sa séance du 21 juillet 1887, dressé ainsi qu'il suit la liste de présentation des candidats à la chaire de physiologie vacante, par suite du décès de M. le professeur Béclard :

En première ligne à l'unanimité, M. Charles Richet ; en deuxième ligne, M. Reynier.

Concours du bureau central en chirurgie. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Tuffier et Picqué. Toutes nos félicitations à nos nouveaux collègues.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 26 juillet 1887. — Il arrive pour la discussion du surmenage ce qui se produit dans beaucoup de discussions qui s'embrouillent à mesure qu'elles se prolongent.

Après l'important et consciencieux rapport de M. Lagneau, après les discours de MM. Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Hardy, Peter, J. Rochard, il semblait que la question du surmenage était résolue en principe, ou, du moins, que le fait même du surmenage ne pût être contesté. Il paraissait appuyé sur des preuves d'une certitude absolue; M. Peter avait même tracé la pathologie du surmenage et en avait présenté un tableau remarquable dont les couleurs brillantes n'étaient nullement empruntées, selon toute apparence, à une palette de fantaisie. Sans doute, M. Colin (d'Alfort), M. Maurice Perrin (du Val-de-Grâce) et, après eux, M. Lancereaux avaient élevé quelques objections touchant l'interprétation de certains phénomènes morbides attribués au surmenage, mais la réalité du fait en lui-même n'avait pas été absolument révoquée en doute par ces savants orateurs.

Il n'en a pas été ainsi dans la séance d'aujourd'hui; M. Féréol, d'une part, M. Marc Sée, de l'autre, ont complètement changé la base de la discussion et ont nié résolument l'existence même du surmenage.

En outre, la discussion, perdant de vue son objectif, a dévié du terrain solide de la pathologie et de l'hygiène où elle avait été placée à son point de départ sur le terrain des programmes universitaires.

M. Féréol veut que l'on touche le moins possible aux programmes de peur d'ébranler la maison sous prétexte de la consolider; il a protesté de son dévouement filial pour l'Université, pour l'*alma mater*, si malmenée, à tort suivant lui, depuis quelque temps; d'autres, comme MM. Armand Gautier et Lacaze-Duthiers, sont d'avis qu'il faut changer complètement les programmes et créer des baccalauréats distincts suivant les carrières auxquelles les jeunes gens se destinent. M. Léon Le Fort réclame la dissolution, pour cause d'incompatibilité d'humeur, du mariage de raison conclu entre les lettres et les sciences, les humanités doivent céder le pas à la vapeur, à l'électricité, en un mot aux grandes découvertes modernes; il ne va pas jusqu'à demander la suppression du latin, mais il pense que l'on pourrait, sans inconvénient, retrancher un peu de grec du programme littéraire. Tel n'est pas l'avis de M. Féréol, qui ne veut aucunement de la suppression des langues, surtout de la langue grecque, l'*alma parens*, nourrice de la plupart des langues modernes.

Enfin, M. Trélat a rappelé la discussion à son origine et à son véritable terrain, l'hygiène, et M. Larrey a supplié M. le rapporteur Lagneau de vouloir bien, dans la prochaine séance, présenter en quelques propositions courtes et précises les conclusions de la commission pour les soumettre à

l'approbation et au vote de l'Académie. Espérons que M. le rapporteur ne refusera pas de déférer à la demande de M. Larrey, car il faut aboutir.

L'épidémie annuelle de la villégiature commence à sévir sur l'Académie de médecine ; les rangs s'éclaircissent, les fauteuils se vident, et bientôt la bataille pourrait bien finir faute de combattants.

— Au commencement de la séance, l'Académie a entendu un savant rapport de M. Cornil sur un remarquable travail de M. Terrillon, relatif à quatre observations de salpingites et ovarites traitées et guéries par la laparotomie. — A. T.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste multiloculaire gauche. — Ascite. — Ovariotomie. — Péritonite suppurée. — Mort.

Mme Desjardins, née Mélanie Tougat, de Saint-Denis (Seine), âgée de 52 ans, entre à l'hôpital Bichat, le 2 juillet 1884, pour une tumeur du ventre.

Réglée pour la première fois à 14 ans, elle a toujours eu ses règles d'une façon normale. Première grossesse à l'âge de 21 ans, suivie de six autres ; le dernier accouchement a eu lieu à 38 ans. Les suites de couches ont toujours été normales.

Depuis deux ans les règles sont complètement supprimées.

Cette malade a commencé à souffrir du ventre il y a six mois, en même temps l'abdomen a augmenté de volume. Au bout de quatre mois, la circonférence abdominale était déjà de 1 mètre ; peu à peu l'appétit a diminué, la malade a maigri, et de l'œdème est survenu du côté des extrémités inférieures, surtout à la jambe droite. Les troubles de la défécation et de la miction étaient presque nuls. A ce moment une ponction a été pratiquée qui a donné issue à huit litres de liquide ; peu de temps après, le ventre grossit de nouveau.

Jamais il n'y a eu de pertes sanguines ; jamais de douleurs abdominales très vives avec fièvre ; au début cependant, il y aurait eu des nausées et des vomissements.

Etat actuel (2 juillet) : Le facies est amaigri, les traits tirés, le teint pâle ; les ailes du nez présentent quelques veinosités. Le ventre est très développé, il est globuleux et paraît distendu d'une façon égale.

Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, 1 mètre 20 ; de l'ombilic au pubis, 28 centim. ; de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 20 centim. ; de l'ombilic à l'épine iliaque droite, 32 centim. ; de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, 31 centim.

La cicatrice ombilicale est déplissée et saillante ; les veines superficielles ne sont pas développées. Il existe de l'ascite en assez grande quantité ; en déprimant brusquement la paroi abdominale, on arrive sur une masse dure, facile à percevoir, surtout dans le flanc gauche, que l'opération démontre être un kyste ovarique.

La jambe droite est un peu œdématiée ; la jambe gauche ne présente rien de semblable.

On pratique une ponction le 6 juillet qui donne six litres de liquide rougeâtre.

Le 16 juillet. — Nouvelle ponction, trois litres de liquide de même nature.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'*opération* est pratiquée le 31 juillet avec l'aide de MM. Périer, Berger et Peyrot à l'hôpital Bichat et avec toutes les précautions de la méthode listérienne, spray compris. Incision médiane, très rapidement conduite jusqu'au péritoine ; il s'écoule trois cuvettes d'ascite ; le liquide évacué, on agrandit l'ouverture du ventre en haut et en bas avec des ciseaux.

La tumeur est solide, mobile et sans adhérences, aussi faut-il agrandir encore l'incision en haut, jusqu'au-dessus de l'ombilic, pour faire sortir le néoplasme.

Le pédicule large est à gauche, on y place quatre fils en X après l'avoir sectionné

entre deux pinces courbes (modèle Terrier), toilette péritonéale. On ferme le ventre par onze points profonds et trois superficiels.

L'opération a duré trente-cinq minutes.

La tumeur enlevée pesait 3 kilog. 350, elle était formée d'un nombre considérable de petites loges kystiques dont quelques-unes paraissaient enflammées et suppurées (?). Sa surface offre des parties en dégénérescence graisseuse et recouvertes par un péritoine altéré.

Le 31 juillet. — Pendant la journée, pas de vomissements; quelques légères coliques. Temp. soir : 37°6, pouls 88, resp. 22. On fait le soir une demi-injection de morphine. Champagne, glace.

Le 1er août. — Nuit bonne, sommeil; ni vomissements, ni nausées. Quelques coliques, un demi-litre d'urine. Temp. matin : 38°, pouls 94, resp. 25. Pas de douleur dans la journée. Le soir, une demi-injection de morphine. Temp. soir : 38°8, pouls 100, Resp. 25. Emission de gaz par l'anus. Champagne, glace.

Le 2. — Nuit bonne, sommeil. Temp. matin : 38°. pouls 90, resp. 22. Emission de gaz; un litre d'urine. La malade prend un litre de lait dans la journée. Temp. soir : 38°4, pouls 100, resp. 25. Une demi-injection de morphine.

Le 3. — Nuit bonne. La malade urine seule et va à la selle sans lavement; matières liquides. Temp. matin : 37°8°, pouls 90, resp. 22. Temp. soir 38°4, pouls 96, resp. 25. Un litre d'nrine; quelques coliques.

Le 4. — Nuit bonne. Quelques coliques suivies d'émissions gazeuses. Champagne, glace, deux litres de lait. Temp. matin : 37°6°, pouls 90, resp. 21. A neuf heures, pansement. La réunion est très bonne, pas une goutte de pus; on enlève trois fils superficiels et six profonds.

A onze heures, la malade est prise de coliques et de diarrhée; refroidissement très marqué, les mains sont froides, le visage cyanosé et recouvert d'une sueur froide, les lèvres sont violacées. La respiration s'accélère; anxiété très grande.

Dans la journée, la malade ne rend que 800 grammes d'urine. Temp. soir : 38°, pouls 84, resp. 38. Injection d'éther.

Depuis l'opération, la malade se plaignait de douleurs à la racine de la cuisse droite, au niveau du pli de l'aine; il existe de l'œdème à la partie externe et postérieure de la cuisse, au niveau et au-dessous du grand trochanter.

Le 5. — Malade très abattue. Temp. matin : 39°4, p. 100, resp. 38. Toutes les sutures sont enlevées. Dans la journée, la malade a cinq ou six selles involontaires jaunâtres et liquides. Le facies est amaigri, grippé, les mains froides. Temp. soir : 40°2, pouls 104, resp. 35.

Le 6. — Temp. matin : 40°, pouls 140, resp. 35. La malade meurt dans la journée.

Autopsie : Abdomen. — Le péritoine viscéral est dépoli; injection très intense à la surface des anses intestinales; exsudat fibrineux, unissant entre elles les anses de l'intestin grêle. Sérosité louche dans la cavité abdominale.

La suture est parfaitement réunie; mais on voit, au niveau de chacun des fils, de petits abcès de la grosseur d'un pois.

Le cul-de-sac utéro-rectal est rempli de pus et de fausses membranes peu adhérentes, infiltrées de pus.

Les dimensions de l'utérus sont un peu augmentées : longueur, 9 centimètres; largeur, 6. La cavité utérine renferme un peu de pus.

La muqueuse *intestinale* est congestionnée dans toute son étendue; cette congestion est plus marquée du côté de l'S iliaque, où l'on trouve des ecchymoses et une injection extrêmement vive.

La rate est recouverte de fausses membranes fibrino-purulentes. Son tissu est ferme.

Les reins sont congestionnés. Le foie est normal.

Cavité thoracique. — Les lobes inférieurs des deux poumons sont congestionnés; les sommets sont emphysémateux; un peu d'épanchement de sérosité dans la plèvre droite.

Cœur un peu augmenté de volume. Les valvules aortiques sont indurées et déformées; elles sont insuffisantes. Plaques d'endocardite disséminées. L'aorte est athéroma-

teuse. La valve mitrale est normale. Le cœur droit n'offre rien de particulier à noter; les orifices sont en bon état.

Réflexions. — Cette malade, opérée facilement, et dans des conditions qui paraissaient excellentes, a succombé à une *péritonite suppurée* developpée au quatrième jour seulement.

Quelle a pu être la cause de ces accidents? Evidemment une lacune dans les précautions antiseptiques, et très probablement l'aiguille tubulée qui a servi aux sutures abdominales n'était pas aseptique, car, au niveau de chacun des points de section, il existait une petite collection purulente.

On ne saurait trop insister sur ces faits, dus certainement à l'infection et trop facilement rattachés à des prédispositions diathésiques ou organiques des opérés.

BIBLIOTHÈQUE

Traitement des raideurs articulaires (fausses ankyloses) au moyen de la rectification forcée et du massage, par le docteur G. Norström. (Analyse par le docteur G. Berne.)

Dans son remarquable article sur le traitement de l'ankylose (Dict. de Dechambre, p. 197), Ollier nous dit : « Nous ne connaissons qu'un moyen de rendre leur mobilité aux articulations qui sont devenues immobiles; c'est de leur imprimer des mouvements lents ou brusques selon les cas. La mobilité ne revient que par le mouvement. Cette vérité est la base de la thérapeutique de l'ankylose. » Notre distingué confrère, le docteur Norström, vient de montrer dans un récent ouvrage que si certaines ankyloses sont du ressort exclusif de la chirurgie opératoire proprement dite, il en est d'autres, trop souvent rangées parmi les infirmités incurables, mais qui ne sont nullement définitives. Energie, méthode, patience sont nécessaires pour en avoir raison.

L'auteur préconise l'emploi simultané de la rectification forcée et du massage, l'un pouvant servir de préparation ou d'adjuvant à l'autre. Nous aurons à revenir ultérieurement sur ce point tout spécial et qui donne au travail du docteur Norström un caractère particulier d'originalité. Après un historique complet de la question, qui conduit successivement le lecteur à travers la période hippocratique, naturellement marquée par l'incertitude des connaissances et la timidité de l'intervention, puis jusqu'à la période correspondant à Fabrice de Hilden, l'auteur nous montre comment ce dernier avait préconisé avec énergie le redressement forcé dans les fausses ankyloses, et établi des distinctions qui répondent nettement aux deux divisions : ankylose lâche ou incomplète, ankylose serrée plus ou moins complète.

Malgré les efforts de ce chirurgien éminent, les praticiens de Paris et de province se montrèrent longtemps réfractaires aux idées du novateur. Après celui-ci, Chelius, Vidal de Cassis, J. Cloquet, Follin et Duplay établissent des classifications des ankyloses, mais sans préciser les conditions de l'intervention manuelle. Nous ne ferons que jeter un rapide coup d'œil sur la classification de Volkmann, tout en nous rappelant que c'est à la deuxième variété admise par ce chirurgien (gênes motrices dues aux altérations des parties molles du voisinage), que les pratiques préconisées par le docteur Norström s'adressent de préférence. La rectification peut être graduelle ou brusque.

1° *Redressement lent.* — En 1689, Verduc avait tracé les principes de la méthode qui porte son nom et qui consiste « à rompre immédiatement l'ankylose, dans une petite étendue, à immobiliser, attendre et recommencer la rupture après la disparition des accidents inflammatoires (Lagrange). » Malgaigne avait préconisé la même méthode, en assignant pour limite au redressement le moment où la douleur ne peut être tolérée. On se demande comment des procédés aussi simples ont pu rester si longtemps oubliés ou négligés. Bonnet entra résolument dans cette voie féconde en résultats, et eut l'incontestable mérite de la vulgariser. Follin et Duplay notent avec soin comme condition

très favorable, à l'emploi de la méthode, le jeune âge des sujets. C'est là un point de grande importance.

2e *Redressement forcé.* — Norström propose de l'appeler méthode de Louvrier. Peut-être appliquée avec trop de témérité par ce chirurgien, elle consistait à redresser vigoureusement une ankylose « sans se préoccuper des muscles déchirés, des os brisés, des hurlements de douleur des patients ». Velpeau et Bérard condamnèrent formellement ces procédés que le premier taxa de barbares.

Palasciano (en 1849) préconisa la section des tendons des muscles péri-articulaires pour favoriser le redressement forcé. Norström s'élève contre l'emploi des machines dont l'action est nécessairement brutale et aveugle, alors qu'il faudrait pouvoir user d'un agent à la fois intelligent et actif, et c'est ici le lieu de préférer l'action de la main d'un chirurgien éclairé.

Notre confrère fait judicieusement remarquer les difficultés du redressement des *ankyloses en flexion,* produites par les modifications de la peau, des aponévroses des muscles et des gaines tendineuses. Il faut se rappeler, en effet, que le chirurgien court le danger de léser les vaisseaux devenus inextensibles par le fait de la maladie elle-même et de l'attitude vicieuse. C'est donc à cette variété que le redressement lent s'adresse de préférence. Le docteur Norström établit une distinction fort nette entre les diverses ankyloses du coude, considérées au point de vue du résultat du traitement.

Nous regrettons que notre confrère ne nous ait pas indiqué une variété d'ankylose irrémédiable et entièrement du ressort de la chirurgie sanglante; nous voulons parler de ces ankyloses survenant si fréquemment chez les enfants, consécutivement aux fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus et qui s'accompagnent d'une sorte de cal très exubérant, situé à la partie antérieure du pli du coude et constituant un obstacle contre lequel l'extrémité supérieure du radius et du cubitus vient buter. Ici, tous les efforts des manipulations sont inutiles. Cette ankylose, parfois peu serrée, n'est pas susceptible d'amélioration par les manipulations.

Le docteur Quénu nous a récemment montré un cas de ce genre; nous en avons observé nous-même un certain nombre depuis quatre ans. On ne lira pas sans grand intérêt les indications très nettes tracées par le docteur Norström, concernant le redressement dans le cas de tumeur blanche. Nous approuvons pleinement ce redressement qui s'opère uniquement à la période où les fistules sont taries et où les fongosités sont en régression.

Nous eussions peut-être demandé de grandes réserves en ce qui concerne le massage dans le cas de synovite fongueuse. L'auteur effleure ce sujet, mais en faisant remarquer que toutes les fongosités ne sont pas nécessairement tuberculeuses. Dans ce dernier cas, en effet, on s'exposerait à provoquer quelque poussée nouvelle et intempestive.

Le massage uni au redressement, ou rectification manuelle des déviations articulaires, possède le grand avantage d'obvier aux accidents inflammatoires, lorsque la rectification vient d'être faite, et qu'il s'agit de favoriser la résorption du sang épanché. La pratique du massage montre aisément, en effet, que les manœuvres d'effleurage superficiel et profond soulagent singulièrement les malades et favorisent ces manœuvres de rectification forcée. Ces manœuvres ne peuvent être faites que par des mains exercées, ainsi que le dit fort bien le docteur Norström. Notre confrère recommande d'explorer les tissus avant d'agir et de se rendre compte de l'état d'élasticité des artères correspondant au membre à redresser. Parfois, lorsqu'on se proposera de redresser un membre fléchi sous un angle très aigu, il sera fort avantageux d'exagérer cette même flexion, préalablement, avant de pratiquer l'extension. Ce petit moyen favorise la manœuvre. On pourra immobiliser, au moyen d'un bandage compressif, le membre opéré. Notre confrère déclare appliquer le brisement forcé à une articulation à trajets fistuleux. « Lorsqu'il n'existe pas de symptôme d'irritation, l'écoulement, même lorsqu'il dure depuis des années, n'est pas une contre-indication. » Dans les ankyloses incomplètes, le docteur Norström ne reconnaît, comme contre-indication, « que la sénilité, l'affaiblissement et une impressionnabilité nerveuse extrême ».

Il nous semble que ces trois facteurs pourraient être à la rigueur négligés, et que les

indications sont tirées bien plus des conditions présentées par l'état de l'articulation en cause que de l'état général du patient.

Nous eussions peut-être désiré, à propos de l'articulation scapulo-humérale, que notre confrère eût plus complètement montré les diverses variétés de raideurs de l'épaule, et eût parlé de la péri-arthrite. Il n'est pas de raideur scapulo-humérale qui cède, en effet, aussi rapidement à la rectification forcée et au massage. Mais ce n'est là qu'une légère critique. Dans un chapitre spécial, les raideurs du coude sont traitées de main de maître; il en est de même des raideurs des autres articulations. Tout est l'objet d'une étude attentive dans cet ouvrage, dont nous recommandons la lecture aux praticiens désireux de s'éclairer sur des procédés dignes de la faveur du public médical.

Dr Georges Berne.

REVUE DES JOURNAUX

Pachyméningite cervicale hypertrophique abortive. — La pachyméningite cervicale hypertrophique n'est pas toujours et inexorablement fatale. Des exemples de guérisons ont été signalés par Charcot (1) et Joffroy (2). Berger en a publié deux cas dans la *Deutsche med. Wochenschrift* de 1878 (3) ; plus récemment Hirtz, en communiquant deux nouveaux faits, a réuni, dans son article des *Archives générales de médecine*, six observations incontestables de pachyméningite guérie.

Néanmoins cette terminaison heureuse est encore une rareté. Il nous paraît donc intéressant de résumer ici l'observation d'un jeune malade guéri et présenté par Remak à la Société de médecine interne de Berlin, le 2 mai 1887.

Il s'agit d'un garçon de 13 ans. Le 24 décembre 1886, il était allé faire une visite chez sa tante ; en rentrant chez lui, ses mains étaient si raides qu'il lui fut impossible de déboutonner son pardessus. On reconnut bientôt les symptômes suivants : main en griffe, premières phalanges étendues, secondes et troisièmes fléchies, doigts légèrement écartés ; interosseux flasques, flaccidité moins prononcée à l'éminence thénar ; extension des premières phalanges possible, flexion, adduction et abduction impossibles, le mouvement d'opposition du pouce n'est qu'esquissé ; main de prédicateur. Les courants électriques montrent que l'innervation des nerfs médian et cubital des deux mains est très défectueuse aussi bien au point de vue des mouvements que de la sensibilité aux piqûres, et surtout aux températures froides.

Il ne pouvait être question ici d'une névrite bilatérale ; l'insensibilité à la pression devait faire écarter la possibilité d'une semblable lésion, enfin, quelques jours après l'établissement de la paralysie de la main, des symptômes de même nature se montrèrent dans les jambes; le malade se fatiguait facilement, et ressentait de la raideur dans les genoux ; aucun phénomène d'atrophie ne put être constaté dans les membres inférieurs, mais seulement de la faiblesse musculaire avec réflexe rotulien fort exagéré. Fonctions de la vessie et dilatation de la pupille normales.

Ces symptômes du côté des membres inférieurs étaient de nature à faire penser à une lésion du canal médullaire, dont le siège, à cause de la parésie atrophique des mains, pouvait être rapporté au niveau de la huitième vertèbre cervicale et de la première dorsale. Mais le processus intéressait-il la substance grise de la moelle ? Le fait restait douteux. La révélation brusque du mal ne pouvait aller contre ce diagnostic, car certaines tumeurs médullaires progressent en silence avant de se manifester brutalement au dehors.

Restait à examiner la possibilité de la pachyméningite. La recherche de la sensibilité vertébrale à l'aide de l'électricité, moyen recommandé par Legros, Onimus, Rosenthal, etc., resta sans résultat. Mais on découvrit une gêne dans le mouvement qui consiste à

(1) Société de biologie, 1871, p. 35.
(2) *De la pachyméningite cervicale hypertrophique d'origine spontanée.* Paris, 1873.
(3) Nos 50, 51 et 53.

rapprocher la tête de la poitrine, de façon à mettre en contact le menton avec le sternum. Cette gêne dénotait une certaine raideur des muscles de la nuque.

Quoi qu'il en fût, le diagnostic restait douteux quand le malade, soumis au traitement électrique et à l'iodure de potassium, vit les symptômes diminuer et disparaître en deux mois. Il ne reste plus actuellement qu'un peu de trémulation musculaire et un peu de gêne dans l'abduction du petit doigt gauche et dans l'opposition du pouce de la même main.

Cette rétrogradation de la maladie jette une vive lumière sur la nature de la lésion. C'est une pachyméningite cervicale hypertrophique, qui s'est manifestée et a ensuite avorté. L'influence du traitement ioduré et surtout de l'application des courants galvaniques *breve, leve, sæpe in loco morbi*, suivant la formule de Muller, semble, suivant l'auteur avoir favorisé beaucoup cette heureuse régression du processus méningé.

Cette observation a un double intérêt ; non seulement elle vient grossir le nombre des guérisons de pachyméningite cervicale hypertrophique, mais elle montre encore que cette maladie peut évoluer ou plutôt avorter *en deux mois*. Cette marche rapide de l'affection n'avait pas encore été observée jusqu'ici. — Dr Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

M. PETER présente : 1° De la part de M. le docteur de Pietra Santa une brochure *sur l'organisation des services de l'hygiène publique en France ;*

2° De la part de M. le docteur Palmberg une brochure *sur l'organisation sanitaire de la Finlande;*

3° De la part de M. le docteur Paul Moreau (de Tours) une brochure *sur le surmenage scolaire et la sédentarité forcée.*

M. FÉRÉOL dépose : 1° Une brochure de M. le docteur Chuquet, intitulée : *Etude médicale sur les eaux de Luxeuil;*

2° Une brochure du même, intitulée : *Les médecins italiens et la condolta medica.*

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Laveran, une brochure *sur les hématozoaires du paludisme.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, de la part de M. le docteur Blondel, un *Manuel de matière médicale*, avec une préface de M. Dujardin-Beaumetz.

M. DE QUATREFAGES offre en hommage le rapport sur une mission scientifique dans l'Archipel canarien, par M. le docteur Vernant, avec introduction de M. de Quatrefages.

M. SIREDEY dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Grout (de Rouen), intitulée : *De la migraine (dentaire), névralgie du trifacial, et de son traitement par la névrotomie auriculo-temporale.*

— M. CORNIL donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Terrillon, relatif à quatre observations d'inflammation des annexes de l'utérus (salpingite et ovarite), traitée par la parotomie et suivie de guérison.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Classement des candidats : Première ligne, M. Poincarré, à Nancy; deuxième ligne, M. Barallier, à Toulon; troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. Mordret, au Mans; M. Pitres, à Bordeaux; M. Wannebroucq, à Lille; Widal, à Alger.

Au premier scrutin, le nombre des votants étant de 49, majorité 25, M. Poincarré obtient 35 voix (élu); M. Mordret, 6; M. Barallier, 4; M. Wannebroucq, 2; M. Leloir, 1.

Au deuxième scrutin, le nombre des votants étant de 51, majorité 26, M. Barallier a obtenu 23 voix; M. Mordret, 13; M. Wannebroucq, 7; M. Leloir, 4; M. Widal, 1;

M. Renaut, 1; M. Pitres, 1. Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un deuxième tour.

Le nombre des votants étant de 49, majorité 25, M. Barallier obtient 27 voix (élu); M. Mordret, 9; M. Leloir, 4; M. Renaut, 3; M. Wannebroucq, 2; M. Pitres, 1.

M. Léon Le Fort propose que les bulletins portant des noms qui ne sont pas portés sur la liste de la commission soient déclarés nuls. Cette proposition est adoptée.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du surmenage.

M. Gautier lit un discours dont voici les conclusions :

« Il y a dans nos lycées moins de surmenage cérébral que d'ennui et d'étiolement physique et moral.

« Pour y remédier, il convient de simplifier et spécialiser les programmes d'examens, en conservant les baccalauréats, si l'on veut, mais en donnant aux élèves et leur demandant des connaissances adaptées à leurs facultés personnelles variables, approfondies sur les parties qui leur plaisent, plus superficielles sur les autres.

« Il faut surtout éviter la préparation intensive aux baccalauréats, qui occupe et fatigue sans mesure l'écolier durant les deux ou trois dernières années. Il suffit pour cela d'abord de faire compter dans une large mesure, à l'examen du baccalauréat, les notes acquises au lycée, au moins depuis la quatrième, ensuite de faire participer à cet examen les professeurs des collèges où a été élevé le candidat.

« Il faut rendre le lycée supportable et même aimable, en augmentant les heures de repos, laissant les élèves libres de se livrer à leurs jeux les plus bruyants, les excitant même à ceux qui développent leurs forces physiques, leur courage et leur gaieté.

« Il faut obliger chaque élève à consacrer une heure au moins par jour à apprendre un métier manuel, un métier de force, et une autre heure à faire des armes, de la gymnastique, du cheval, de la natation, de la danse, du chant et des exercices donnant lieu à des examens et notes comptant sérieusement dans le classement général.

« Il faut augmenter le bien-être de l'élève, la décoration, la grandeur, le jour des classes, mettre à sa disposition des cours où il joue à l'aise; il lui faut de longues récréations où il ait le temps d'organiser des parties; des promenades à la campagne.

« Il faut lui fournir une alimentation suffisante, saine et variée.

« Il faut surveiller de plus près la moralité des enfants, leurs habitudes, leurs lectures, leurs relations avec l'extérieur, aussi bien que leur santé physique, ainsi qu'on le fait en Allemagne, où, dans chaque classe, l'un des professeurs ordinaires est chargé officiellement de la surveillance pour ainsi dire paternelle des enfants.

« Il faut renoncer aux punitions physiques, surtout à celles qui privent des exercices corporels, des jeux et sorties, en leur substituant les avertissements publics, les punitions morales, au besoin l'exclusion de la classe et du collège, ainsi que nous avons réussi à le pratiquer dans l'une des grandes écoles privées de Paris, que l'on peut, au point de vue de la conduite des élèves, à bon droit citer aujourd'hui comme preuve et modèle.

« Il faut enfin demander que l'Etat éloigne la limite de l'âge auquel on peut entrer dans les grandes écoles, limite qui, sans profit pour personne, oblige une élite, mais une élite seulement, à un surmenage intellectuel dangereux.

« Mais gardons-nous, pour éviter quelques excès, de diminuer l'énergie de nos enfants, de donner des excuses à leur faiblesse et des armes à leur demi travail. Rien ne s'acquiert que par l'effort. Pour arriver à développer nos muscles, ne faut-il pas un commencement de fatigue? Il en est de même du cerveau. C'est l'attention soutenue par la volonté qui développe lentement la mémoire, stimule et ouvre l'intelligence, et donne la confiance en soi-même, précieuses qualités dont il faut se garder de tarir les sources, car seules elles font les hommes intelligents et moraux, et les nations viriles. » (Applaudissements.)

M. Féréol, en ce qui concerne le surmenage intellectuel, déclare se ranger du côté de ceux qui pensent qu'on en exagère singulièrement le rôle et l'importance, au moins dans les lycées de garçons. Comme M. Colin, comme M. Brouardel, comme

M. Lancereaux surtout, et encore plus qu'eux s'il est possible, il pense que presque tous les méfaits dont on accuse le surmenage intellectuel doivent être mis sur le compte de la prédisposition, de l'hérédité, de la dégénérescence de la race, d'une hygiène défectueuse.

Le surmenage, comme l'a dit M. Colin, est un fait individuel, volontaire. Il n'existe guère que pour les jeunes gens que l'ardeur du travail, le feu sacré, ce feu si rare sur lequel il ne faut souffler que pour l'entretenir, l'ambition et le désir du succès poussent à outrepasser leurs forces.

M. Féréol ne conteste pas les faits apportés par M. Peter, mais, à son sens, ce sont des accidents imputables à ceux-là mêmes qui en ont souffert par leur faute. Dans ces cas, il y a eu excès de travail prolongé. Il ne faut pas rendre les choses responsables des imprudences des personnes; et on ne saurait modifier des institutions à cause de l'abus qu'on en peut faire.

M. Féréol croit devoir élever la voix en faveur de l'Université, de cette Université qu'on a beaucoup attaquée déjà et depuis longtemps. Si, comme il le croit, on veut, en l'améliorant, apporter à cette institution nationale qui dirige l'instruction et l'éducation de la jeunesse française plus de force et plus d'autorité, il est bon de se souvenir qu'elle a, ailleurs qu'ici, des ennemis nombreux et puissants. Ceux-là ne demandent qu'à l'enterrer, comptant bien sur un héritage qui, du reste, aujourd'hui plus que jamais, pourrait bien leur échapper.

« Sachons donc bien tous, dit l'orateur, ce que nous faisons, quand nous proposons de procéder à des réformes, et prenons garde, en voulant la réparer, de ne pas trop ébranler la maison. Quant à moi, s'il m'est permis de me mettre en cause, le peu que je suis, c'est à l'Université que je le dois; je ne saurai jamais lui en témoigner assez ma reconnaissance, et j'espère que tous ici nous rendons pleine justice à ceux qui continuent aujourd'hui la tradition de Victor Cousin, de Saint-Marc-Girardin et de J.-B. Dumas. » (Applaudissements.)

M. L. Le Fort ne croit pas que le surmenage intellectuel des enfants, à notre époque, soit contestable. La cause vient, suivant lui, de ce que l'on a voulu conserver dans les programmes les humanités d'autrefois avec les sciences d'aujourd'hui. Or, les deux choses sont incompatibles. Il faut savoir sacrifier quelque chose, et c'est aux humanités qu'il y a lieu de demander les sacrifices, car il est impossible de laisser nos enfants dans l'ignorance des grandes découvertes scientifiques de nos jours. Maintenons la physique, la chimie, l'histoire naturelle dans les programmes, et retranchons-en quelque chose de la partie littéraire. M. Le Fort ne demande pas que l'on supprime le latin, mais seulement un peu de grec.

M. Hardy pense que M. Féréol, M. Le Fort et lui-même ne sont pas loin de s'entendre; tous demandent l'allégement des programmes : les uns de la partie scientifique, les autres de la partie littéraire; c'est là une simple question de mesure.

M. Féréol ne saurait accepter la suppression du grec qui est la langue maternelle dont dérivent la plupart des langues modernes. Il ne voudrait pas que l'on retranchât rien de l'ensemble, mais seulement que l'on éloignât quelques détails. De tout un peu, telle est sa devise.

M. Armand Gautier demande que les diverses propositions émises dans la discussion soient renvoyées à la commission qui les examinera et en tiendra compte dans son rapport. Il ne s'agit pas ici de changer les programmes, mais seulement d'indiquer à l'Etat quelle est la dose de travail que l'on peut faire supporter à l'enfant sans nuire à sa santé.

M. Marc Sée trouve que l'on a singulièrement exagéré le surmenage intellectuel. Attaché comme chirurgien, depuis sept ou huit ans, à l'un des grands lycées de Paris, qui prépare à Saint-Cyr, à l'Ecole centrale, à Polytechnique, il a pu interroger les élèves venus à l'infirmerie, consulter les registres où sont consignées les maladies dont ces enfants sont atteints, et il n'a rien trouvé qui pût être attribué aux effets de ce prétendu surmenage.

M. Lacaze-Duthiers pense que, comme remède au mal dont on se plaint, il y aurait lieu de spécialiser les programmes et de les simplifier. On demande à la fois trop et pas assez; on perd en profondeur ce que l'on gagne en surface. Il faut créer des baccalauréats distincts suivant les diverses carrières que les jeunes gens se destinent à suivre.

M. Larrey demande de nouveau la clôture de la discussion générale qui s'éternise sans avancer. Il faut que M. le rapporteur de la commission veuille bien soumettre à l'Académie sous une forme simple et précise des conclusions définitives sur lesquelles elle aura à se prononcer, si l'on veut enfin arriver à une solution.

M. Trélat estime que l'Académie n'a pas la compétence nécessaire pour discuter les programmes de l'enseignement universitaire, et la question de savoir s'il faut ou non conserver le latin, le grec, ou bien telle ou telle spécialité. Le rôle de l'Académie est de se borner à la discussion et à la solution de la question d'hygiène scolaire qui seule est de sa compétence.

M. Lagneau demande que M. Larrey, président de la commission, veuille bien en réunir les membres pour examiner les nouvelles propositions qui viennent d'être émises, et donner les conclusions définitives. Le rôle de la commission, suivant M. Lagneau, est de s'entendre sur les états morbides que l'on peut attribuer au surmenage, et sur les mesures hygiéniques à prendre en vue d'y remédier.

La discussion sera continuée.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

FORMULAIRE

Collodion pyrogallique. — Elliot.

Acide pyrogallique	5 gr. 80 à 7 gr. 75.
Acide salicylique	2 grammes.
Collodion	62 —

F. s. a. une solution, qui sera conservée dans un flacon noir. Ce collodion est conseillé contre le psoriasis. A l'aide d'un bain prolongé, on fait tomber les squames le plus possible, puis on étale le collodion sur les plaques de psoriasis, en ayant soin d'en dépasser les bords d'un centimètre environ, et on laisse sécher. Cette application est renouvelée tous les 2 ou 3 jours, et même tous les jours si on le désire. A chaque nouveau badigeonnage, on enlève tous les débris de la couche précédente encore adhérents à la peau, afin que l'application ait lieu directement sur la partie malade. — Si l'éruption est généralisée, on traite successivement les diverses parties du corps. — L'emploi de ce collodion n'occasione pas de dermatite, et ne laisse pas de pigmentation de la peau, après la disparition des plaques. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nous empruntons à la *Deutsche med. Wochenschrift*, du 7 juillet, l'entrefilet suivant ayant pour titre : « Parallèle des chiffres de la mortalité et de la natalité à Berlin et à Paris. » Cette comparaison, faite pour ces dernières semaines, met en relief le petit nombre des naissances à Paris et l'accroissement de la salubrité de Berlin, dont le chiffre de mortalité était autrefois supérieur à celui de Paris.

Le 5 février dernier, la population de la capitale française atteignait 2,225,910 habitants. Ce même chiffre s'élevait le même jour à Berlin à 1,367,391 habitants. Du 29 janvier au 5 février, le nombre des nouveau-nés parisiens était de 1,294; à Berlin, 933. Ce qui donne une proportion moitié moindre pour Paris. Les morts français s'élevaient à 1,160, ceux de Berlin à 609, proportion égale aux nombres réciproques des habitants. Avec les mesures d'assainissement en vigueur, la mortalité berlinoise décroîtra encore.

Sur cette mortalité, on peut relever 215 phthisiques français et 92 prussiens. Cette proportion plus élevée de la tuberculose à Paris dépend de causes purement sociales.

— Le professeur Gasser (de Berne) succède à Liberkuhn, son maître, à la chaire d'anatomie de Marburg.

— C'est le docteur Rydygier qui, d'après la *Wiener med. Wochenschrift*, sera nommé en remplacement de Mikulicz à l'Université de Krakau.

— Les professeurs Arloing (de Lyon), Layet, Dragendorf (de Dorpat) et le docteur Pini, secrétaire de la Société d'hygiène de Milan, viennent d'être nommés membres correspondants de l'Académie de médecine de Belgique.

— Le professeur Rokitansky est nommé doyen de la Faculté de médecine d'Innsbruck ; a aussi été élu doyen à la Faculté de médecine de Prague le professeur Knoll. — Ch. S.

COURRIER

Nous apprenons, par une note insérée dans les journaux, la mort inopinée de notre collaborateur Lubanski, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Cette triste nouvelle nous cause l'impression la plus pénible ; elle surprendra douloureusement nos lecteurs, qui connaissaient depuis longtemps et savaient apprécier l'esprit fin et délicat dont les *Causeries* étaient signées P. Dubray.

— Par arrêté ministériel, M. Ferrer, pharmacien à Perpignan, a été promu officier du Mérite agricole.

— Par arrêté ministériel, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux personnes dont les noms suivent : MM. les docteurs Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert ; — Ribes, à Guchen ; — Sauria, à Saint-Lothain ; — Gourdan-Fromentel, à Gray.

— Par arrêté préfectoral, en date du 13 juillet 1887, M. Capgrand-Mothes, président honoraire de la Chambre syndicale des pharmaciens de première classe du département de la Seine, est nommé membre de la commission d'hygiène publique et de salubrité du IXe arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Marjolin, démissionnaire.

Association française pour l'avancement des sciences (Congrès de Toulouse). — L'Association française nous communique la liste des travaux qui doivent être lus pendant la session qui s'ouvrira s'ouvrira à Toulouse le 22 septembre prochain sous la présidence de M. le docteur Rochard.

Nous donnons ci-dessous le titre des communications qui se rapportent plus particulièrement aux sciences médicales.

M. d'Ardenne (de Toulouse) : De l'action de l'extrait de coca dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac.

M. Audiffred (de Paris) : Projet de loi sur l'organisation des caisses de secours en cas de maladie.

M. Battandier (d'Alger) : Notes critiques sur quelques plantes méditerranéennes.

M. G. Cabanellas (de Nanteuil-le-Haudouin) : Détermination et étude des flux magnétiques.

M. Cartaz (de Paris) : De la tuberculose nasale.

M. Cazin (de Berck-sur-Mer) : Rachitisme chez les animaux.

M. Maurice Cazin (de Paris) : Contribution à l'étude des muqueuses gastriques.

M. A. Crova (de Montpellier) : Absorption par l'atmosphère terrestre des radiations solaires.

M. G.-Paul Devillard et Emile Rébouis (de Paris) : L'alcoolisme et l'alcool.

M. Fauvelle (de Paris) : Quelques considérations sur la théorie mécanique de la chaleur. — Signes de l'homicide par suffocation. — Origine ancestrale de l'homme spécifiée à l'aide de la dentition.

M. Fournol (de Paris) : Du traitement de toutes les affections articulaires et de leur guérison par la réduction et le massage, sans appareils et sans intervention chirurgicale.

Mme Gaches-Sarraute (de Paris) : Sur un cas d'hypertrophie utérine. — Sur les lavages de l'utérus en gynécologie. — Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus et la dilatation de cet organe dans les cas particuliers.

M. C.-M. Gabriel (de Paris) : Appareil de projection.

M. Gillet de Grandmond (de Paris) : Deux formes nouvelles de kératite.

M. Grasset (de Montpellier) : De l'inspiration saccadée rythmique du cœur.

M. Guillaud (de Bordeaux) : Les zones de végétation de la région du sud-ouest de la France.

M. Henri Henrot (de Reims) : De la disparition des tumeurs de l'estomac. — Examen critique des différents projets de loi sur l'organisation de la santé publique en France.

M. Henri Huchard (de Paris) : L'artério-sclérose subaiguë et ses rapports avec les spasmes vasculaires.

M. M. Jeannel (de Toulouse) : Observation de pyo-salpyngite tuberculeuse simulant un kyste de l'ovaire. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules pyo-stercorales.

Concours pour les prix de l'internat. — La Commission des hôpitaux et des hospices a entendu dans sa dernière séance la lecture d'un rapport de M. Horteloup sur les modifications à introduire dans le concours des prix de l'internat. Ce rapport conclut à la suppression du concours à la fin de la seconde année et de l'obligation du concours à la fin de la quatrième année. La médaille d'or serait donnée à l'interne classé le premier, il aurait droit à une année d'internat supplémentaire ; de plus, deux bourses de voyage, permettant de passer une année dans les universités étrangères, seraient attribuées au premier et au second. Les épreuves seraient : 1° un mémoire ; 2° une épreuve clinique de médecine, de chirurgie ou d'accouchement au choix du candidat ; 3° une épreuve de laboratoire. La Commission, voulant étudier à fond la question, a décidé que pour cette année les épreuves ne seraient pas modifiées, mais que les deux bourses de voyage seraient attribuées.

De leur côté, les internes demandent un concours séparé et un prix à part pour les médecins et les chirurgiens.

Faculté de médecine de Montpellier. — La Faculté vient de présenter pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale :

En première ligne, M. Pécholier, par 10 voix contre 5 données à M. Hamelin ; en deuxième ligne, M. Hamelin, par 8 voix contre 7 données à M. Mossé ; en troisième ligne, M. Mossé.

Excursion astronomique. — M. Joseph Vinot, directeur de l'Observatoire populaire d'astronomie, mettra à la disposition du public environ 30 lunettes grandissant au moins 50 fois en diamètre, 2,500 fois en surface, le mercredi 3 août prochain, pour observer l'éclipse partielle de lune visible à Paris.

Rendez-vous à 200 mètres en dehors des fortifications par la porte de Vitry, le 3 août, à 7 heures du soir.

L'éclipse commence à 7 heures 45 et finit à 10 heures 11 minutes.

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central.* — La Commission nommée par l'administration de l'Assistance publique pour étudier les modifications qui peuvent être apportées aux programmes du concours pour le bureau central (médecine et chirurgie) verrait avec plaisir les candidats lui communiquer sur cette importante question leurs vues personnelles ou collectives, d'ici au mois d'octobre.

Le président de la commission,
Dr Féréol, 8, rue des Pyramides.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Traitement des péri-arthrites scapulo-humérales par le massage méthodique.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 26 mars 1887

Par le docteur G. Berne, ancien interne des hôpitaux de Paris,

Aide d'anatomie de la Faculté.

L'important travail de notre maître, le professeur Duplay (1), a définitivement consacré les principaux caractères cliniques de la péri-arthrite scapulo-humérale. Le praticien est aujourd'hui en mesure d'établir un diagnostic précis de ce genre d'affections de l'épaule, dont la fréquence est extrême. L'étiologie est simple : traumatisme plus ou moins violent, contusion, torsion ou luxation réduite, mais immobilisation trop longtemps conservée après la réduction. Notons également l'influence prépondérante du mouvement d'abduction forcée se joignant à la torsion. Le moignon de l'épaule est en général aplati, amaigri (fait dû à l'atrophie du deltoïde et des muscles sus et sous-épineux). Douleur pendant les mouvements, principalement pendant l'abduction, douleur au-dessous de l'acromion, soit en avant, soit en arrière de ce promontoire osseux. A cela s'ajoute l'existence d'une crépitation profonde, que les malades attribuent faussement au frottement des surfaces articulaires, mais que l'on perçoit aisément au moyen d'un seul doigt enfoncé au-dessous de l'acromion pendant les mouvements communiqués à l'humérus, et qui ont pour siège la région sous-deltoïdienne, bien nettement en dehors de l'articulation, le plus souvent au niveau de la séreuse sous-acromiale. Parfois aussi, ainsi que nous avons eu personnellement l'occasion de le constater chez l'un de nos malades, les craquements siègent au-dessous de l'apophyse coracoïde.

Ajoutons à ces signes propres à la péri-arthrite, la gêne des mouvements, se traduisant par la difficulté de porter le bras du côté malade dans la situation horizontale, sans entraîner un mouvement de bascule de l'omoplate du même côté. A l'impuissance, ou à la limitation plus ou moins prononcée de ce mouvement s'unit un symptôme présenté par deux de nos malades : la difficulté de tendre, par exemple, un objet à un voisin de table un peu éloigné. Dans ce dernier mouvemenf, il importe, en effet, que toutes les parties molles qui entourent l'articulation puissent présenter un état d'élasticité qui permette à la capsule articulaire de subir son maximum d'élongation. On sait qu'il existe normalement une bourse séreuse interposée entre la face inférieure de l'acromion et les tubérosités humérales, et pour continuer en quelque sorte cette bourse séreuse fort bien décrite par Jarjavay « un tissu cellulaire lamineux, lâche, extensible, entre l'humérus et la face profonde du deltoïde », et, pour employer les termes mêmes

(1) *Arch. génér. de médecine* (1872) : *De la péri-arthrite scapulo-humérale.*

du professeur Duplay « on peut à bon droit le considérer comme une vaste bourse séreuse cloisonnée ».

L'inflammation de cette bourse séreuse sous-acromiale, sa propagation au tissu sous-deltoïdien, produisent tous les désordres fondamentaux de la péri-arthrite : brides, adhérences, formations fibreuses. L'autopsie d'un sujet dont l'histoire est rapportée dans le travail ci-dessus mentionné, a démontré qu'à l'atrophie deltoïdienne s'ajoutait la substitution d'un tissu fibreux résistant, lamelliforme, présentant des brides unissant l'humérus au deltoïde. Il importe de rappeler ce caractère de la péri-arthrite : c'est une affection qui ne conduit nullement à la suppuration, mais à l'épaississement des tissus péri-articulaires. Le nom de *péri-arthrite plastique* pourrait également spécifier la nature du processus, qui peut se développer avec des caractères d'une frappante analogie, au genou, à la hanche, au coude, etc.

Ayant pu observer une série de huit malades atteints de péri-arthrites scapulo-humérales et traités par le massage méthodique, j'ai pensé qu'il serait utile d'exposer le mode de traitement, ses effets, ses résultats, comme un complément de l'étude déjà si complète des Archives de médecine.

Obs. I. — M. de B..., 49 ans, tombe dans un escalier le 18 janvier 1885. Dans sa chute, le moignon de l'épaule frappe obliquement la rampe en fer; cet arrêt brusque, tout en limitant le mouvement de propulsion, provoque une violente contusion de l'épaule. Vingt-cinq jours après cet accident, ce malade, d'aspect robuste, de haute taille, faiblement rhumatisant, vient me consulter. Il se plaint d'éprouver une grande gêne pour procéder à diverses fonctions : la main ne peut plus être portée vers la nuque; c'est à peine si le malade peut atteindre son menton avec ses doigts. Il a donc été forcé d'abandonner l'habitude qu'il avait de se raser lui-même. L'épaule droite, qui est en cause, est plus flasque qu'amaigrie quant aux masses musculaires; le deltoïde est en effet peu saillant si on le compare à celui du côté gauche. Je l'explore au moyen de la percussion du rebord cubital de ma main droite. La contractilité est très affaiblie. Le mouvement actif d'élévation du bras en abduction est très faible et ne dépasse pas 30 degré. L'omoplate suit l'humérus dans ce mouvement, et subit un déplacement total surtout marqué pendant les mouvements communiqués. Le massage, de plus en plus énergique, a débuté par des manœuvres de torsion du bras de dehors en dedans, de flexion et d'extension et surtout de circumduction progressivement plus ample, à mesure que l'abduction devenait elle-même plus facile.

Dès la neuvième séance, le mouvement d'abduction est remarquablement modifié dans un sens favorable; déjà le malade peut porter l'index droit sur la région mastoïdienne du côté correspondant; mais, ce mouvement est encore faible, le bras tremble; je remarque une sorte de trémulation des fibres deltoïdiennes, au début des efforts que fait le malade pour soulever le bras. Un mouvement est particulièrement pénible; c'est celui qui consiste à appliquer la région dorsale de la main droite, sur la région lombaire gauche. Dans la suite, je me suis attaché à soulever peu à peu la main, jusqu'à ce qu'elle ait pu atteindre l'angle de l'omoplate gauche. Ce n'est pas sans une grande peine pour le malade et l'opérateur, que ce dernier mouvement a pu être exécuté aussi complètement.

Au bout de vingt et une séances, je considère le malade comme suffisamment guéri pour lui permettre d'abandonner tout traitement. A ce moment, en effet, les mouvements étaient revenus, plus faibles peut-être, mais aussi amples que normalement. Le malade a conservé, par un exercice journalier consistant en mouvements variés de rotation et d'abduction, la souplesse de son articulation.

Obs. II. — Mme O..., 71 ans, est tombée, le 17 février, dans son appartement. A ce moment, cette malade a reçu le choc d'un meuble sur son épaule droite (au niveau du

passage du nerf circonflexe). Elle vient me consulter le 8 avril 1885. Impotence fonctionnelle marquée; impossibilité d'atteindre, avec la main droite, le lobule de l'oreille correspondante; gêne du mouvement de flexion (en avant) de l'humérus; douleur vive pendant l'extension communiquée avec rotation de l'humérus de dehors en dedans; la main droite ne peut atteindre l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Le deltoïde est flasque, ne réagit pas à la percussion brusque au moyen de mes doigts (formant éventail). Une douleur est réveillée par la pression au niveau du nerf circonflexe; cette douleur s'étend à la partie externe du pli du coude et se manifeste à la région antéro-externe de l'avant-bras. Le muscle triceps huméral est douloureux à la pression à sa partie moyenne. Une douleur peu intense est facilement provoquée au niveau de la coulisse bicipitale, pendant le mouvement d'extension (en arrière) du bras; très faible craquement au-dessous de l'apophyse coracoïde. Le mouvement d'abduction actif est impossible. Ce même mouvement est possible communiqué, mais il est limité au point qu'à chaque tentative la malade se renverse du côté gauche et fait suivre au thorax le mouvement que j'imprime au bras. Dans cette attitude, elle contracte énergiquement ses muscles trapèze et rhomboïde droits, et rapproche ainsi les deux bords internes de ses omoplates. Six séances de massage produisirent une sorte de détente qui me permit de procéder à une série de mouvements gradués d'abduction et de circumduction qui amenèrent une prompte amélioration. Bientôt, en effet (douzième séance), le tronc étant tenu vertical, le mouvement de flexion de l'humérus en avant dépasse l'angle droit. L'abduction est encore à ce moment fort imparfaite. Les séances suivantes furent presque exclusivement consacrées à perfectionner ce mouvement et à agir sur la région sous-acromiale du deltoïde. A la dix-huitième séance, la malade, très améliorée, suspend tout traitement. Les mouvements ont récupéré leur ampleur et leur facilité habituelles.

Obs. III (résumée). — Le 28 janvier 1886, Mme M..., 42 ans, vient me consulter pour une atrophie deltoïdienne et une impotence fonctionnelle du bras droit datant de deux ans et demi. Tour à tour soumise à une médication par les eaux minérales à thermalité élevée et à un traitement interne, sans avoir pu constater d'amélioration dans son état, Mme M... se décide à tenter l'action du massage. Notre malade, rhumatisante à un haut degré, présente tous les attributs d'une constitution très vigoureuse. A l'examen de l'épaule, il est facile de constater l'état d'atrophie du deltoïde; le bras s'élève faiblement dans l'abduction, mais il m'est impossible de faire exécuter complètement ce mouvement, et de faire conserver à la malade cette attitude. Dans le mouvement de rotation du bras, de dehors en dedans, suivi d'extension, une assez vive douleur est ressentie au-dessous de l'acromion. La main s'applique péniblement par sa face dorsale sur la région sacro-lombaire. Lorsque j'essaye d'éloigner cette même main, à quelques centimètres en arrière de ce point, la douleur s'accentue; le mouvement passif de circumduction est bien toléré; je prie la malade de résister aux efforts de ma main, mais c'est au prix de souffrances réelles qu'elle contracte son deltoïde.

Craquements au niveau de la séreuse sous-acromiale. L'articulation proprement dite est indemne.

Première séance : Mouvements d'assouplissement des parties molles situées au-dessous de l'acromion. Mouvement forcé d'abduction et de rotation de dehors en dedans, avec élévation de la main en arrière de la colonne vertébrale, jusqu'à la dixième vertèbre dorsale.

Séance d'un quart d'heure. L'épaule est enveloppée dans de l'ouate, fixée par un spica de l'épaule.

Deuxième séance : Douleurs plus vives qu'à la première séance. Mêmes exercices : percussion du deltoïde. Celui-ci ne réagit pas. Pétrissage superficiel et profond.

Troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième séances : Mêmes manœuvres, mieux tolérées. Le deltoïde reprend des forces. Les craquements se dissipent peu à peu.

Vers la septième séance, la main peut s'élever activement jusqu'à la onzième vertèbre dorsale.

De la huitième à la quinzième séances : Un mouvement s'est surtout perfectionné;

c'est celui qui consiste, le bras étant en abduction, à atteindre un objet *qui semblerait à peine être à portée de la main.* J'attache une importance très grande au retour de ce mouvement qui ne s'effectue qu'à la condition que les parties molles péri-articulaires soient assez assouplies pour permettre à la tête humérale de s'écarter un peu de la cavité glénoïde de l'omoplate.

De la quinzième à la vingt-cinquième séances : Amélioration sensible de l'abduction. Ce mouvement devient actif, mais est encore imparfait. La fatigue provoquée par l'attitude est encore très grande. Les mouvements passifs ont acquis une assez grande facilité.

De la vingt-cinquième à la quarantième séances : Le deltoïde est beaucoup moins flasque. Les percussions au moyen du rebord cubital de mes doigts provoquent d'apparentes contractions fibrillaires. Il semble que le deltoïde soit plus souple et que sa face profonde glisse mieux sur l'extrémité supérieure de l'humérus. L'abduction devient bien plus parfaite.

Dès la quarante-cinquième séance, tous les mouvements sont revenus normaux. Plus de douleurs, plus de raideur au-dessous de l'acromion. La malade peut aisément porter en avant sa main sur l'épaule du côté opposé ; la main atteint, en arrière, la crête de l'épine de l'omoplate, et la partie de la colonne vertébrale située entre les deux bords internes des deux omoplates.

Enfin, dans les derniers jours du traitement (de la quarante-cinquième à la cinquantième séances), les mouvements ont récupéré leur entière liberté et leur force normales. Depuis un an, la guérison ainsi obtenue ne s'est pas démentie.

Obs. IV (résumée). — Le 20 janvier 1886, le comte de X..., quinquagénaire, de haute taille, rhumatisant, fait une chute dans un escalier, un mois et demi avant de me consulter. La chute ne fut toutefois qu'incomplète, car M. de X... eut le temps de saisir la rampe avec sa main gauche ; il y eut une torsion très énergique de l'épaule, et abduction forcée, mais pas de luxation. Depuis cette époque, ce malade avait ressenti d'assez vives douleurs au-dessous de l'acromion, et avait remarqué qu'il éprouvait une fatigue croissante pour tenir les rênes de son cheval. (Ce malade a eu des douleurs rhumatismales, à diverses périodes de sa vie, mais rien de précis comme localisation). L'épaule malade est amaigrie ; le deltoïde est flasque. J'ai tout d'abord exploré la région de la bourse séreuse sous-acromiale. A ce niveau, j'ai pu percevoir aisément, au moyen d'un doigt enfoncé le plus loin possible au-dessous de cette saillie osseuse, un craquement très sec, ne se produisant pas toujours avec le même caractère, et d'autant plus intense que le bras était porté dans l'abduction unie à un certain degré de rotation en dehors. Chez notre malade, l'abduction est incomplète et pénible ; le deltoïde, quoique affaibli, réagit assez bien dans tous ses points sous l'influence des hachures que je pratique avec les doigts ouverts en éventail. (Cette manière de perculer un muscle me paraît préférable à toute autre, car les doigts de l'opérateur peuvent être maintenus rigides ou demi-rigides à volonté.), condition qu'aucun instrument ne saurait remplir.

Le 20 janvier. — Première séance : Durée un quart d'heure. Bandage ouaté maintenu jusqu'au lendemain.

Les 21 et 22. — Je commence à insister sur les mouvements d'abduction et de rotation en dehors. Mon indicateur gauche pénétrant assez profondément au-dessous de l'acromion, je peux ainsi, en combinant cette pression avec les mouvements d'abduction produits sur l'ensemble du bras soulevé par ma main droite, malaxer la région de la bourse sous-acromiale, assouplir les tissus qui l'avoisinent et rendre les mouvements plus faciles.

Les 23 et 24. — Les craquements s'atténuent sensiblement. Le malade peut porter sa main en arrière de sa nuque (ce qu'il n'avait pu faire encore depuis le début du traitement.

Du 25 au 30. — Les séances sont quotidiennes comme précédemment. Amélioration sensible.

Le mouvement actif d'abduction se produit plus aisément.

Le 8 février. — Dernière séance de massage. La guérison est obtenue. La région sous-acromiale est très souple; les craquements ont disparu.

17 séances de massage ont suffi à produire le résultat désiré.

Obs. V (Résumée). — Mlle Y..., 20 ans, nous est adressée par le docteur Pioger, de Bois-Colombes. Péri-arthrite chez une rhumatisante, atrophie deltoïdienne.

Un mois et demi de traitement a fait disparaître les craquements qui pouvaient être perçus au niveau de la bourse séreuse sous-acromiale et au-dessous de l'apophyse coracoïde. La pression du doigt réveillait une assez vive douleur au niveau de la coulisse bicipitale.

Obs. VI (Résumée). — Mme Z..., 32 ans, rhumatisante (blanchisseuse). Étant dans un wagon, reçoit à l'épaule droite le choc d'une des parois du véhicule, au moment d'un arrêt brusque. Douleurs, faiblesse pendant quelques jours. La malade reprend son travail, mais éprouve une grande lassitude. Un mois après, elle cesse de nouveau son travail et se décide à se faire traiter.

Je constate tous les signes de la péri-arthrite classique : douleur, craquements péri-articulaires. La malade conservait de préférence son avant-bras droit dans la demi-flexion. Un certain degré de contracture du biceps correspondant s'ajoutait aux autres signes. Quinze séances environ suffirent à produire une grande amélioration. La malade ne put continuer son traitement plus longtemps. Elle se sentait du reste suffisamment améliorée pour reprendre son travail.

Obs. VII. — M. L..., homme robuste, rhumatisant, issu de parents goutteux, s'étant luxé l'épaule droite au mois de mai 1886, vit survenir, quelque temps après l'immobilisation de son articulation, une certaine roideur de la partie antéro-supérieure de l'épaule, une impossibilité d'élever complètement le bras dans le sens de l'abduction. Je vois le malade le 16 juin ; deltoïde un peu flasque, douleur au niveau de la coulisse bicipitale, s'irradiant au-dessous de l'apophyse coracoïde, et se manifestant à un plus haut degré au-dessous de l'acromion pendant les mouvements de circumduction du bras et surtout pendant l'abduction. Je note encore, chez ce malade, l'impossibilité de porter le dos de la main au-dessus du niveau de la dernière vertèbre lombaire (le bras étant dans la rotation en dedans et l'avant-bras étant porté en arrière en pronation forcée).

En seize séances de vingt minutes environ, l'articulation a repris sa souplesse. (A ce moment la main droite pouvait atteindre l'épine de l'omoplate droite.) J'ai revu le malade six mois après son traitement, la guérison s'est maintenue.

Obs. VIII. — M. de Z... s'est fracturé l'épaule droite, il y a deux ans. Immobilisé dans une gouttière plâtrée, pendant près de trois mois, ce malade n'a pas tardé à éprouver une certaine gêne dans les mouvements de l'épaule.

Appelé à donner mes soins à M. de Z... au mois d'août 1887, j'ai pu constater chez ce malade les symptômes suivants : épaule droite très amaigrie, deltoïde flasque, réagissant à peine, muscles sus et sous-épineux affaissés, d'où l'aspect spécial de la région. Douleur à la pression au niveau de la bourse séreuse sous-acromiale, et le long de la coulisse bicipitale. Le biceps est en général douloureux pendant l'extension maximum de l'avant-bras, la douleur occupe inférieurement le point correspondant à la tubérosité bicipitale du radius. Le malade a simultanément suivi un traitement par le massage et l'électrisation. Les mouvements d'abduction et de rotation de l'humérus en dehors ont été assez rapidement améliorés. Mais, je dois déclarer que l'atrophie deltoïdienne est encore assez marquée malgré un traitement persévérant. Le cal existe au niveau du passage du nerf circonflexe qui a été fort probablement comprimé ou altéré pendant l'évolution de la cicatrice osseuse.

Manière de procéder. — Les manœuvres que je vais décrire ne consistent nullement dans de simples frictions et dans des mouvements faits au hasard, mais relèvent de règles précises tout entières fondées sur une connaissance sérieuse de l'anatomie. C'est dire que les empiriques doivent ici laisser le champ libre au médecin.

Après avoir pétri successivement la partie antérieure et la partie postérieure du deltoïde, l'opérateur devra procéder à la manœuvre suivante : après avoir saisi le moignon de l'épaule avec les deux mains, dont les derniers doigts reposeront sur la région axillaire, afin de prendre ainsi un point d'appui, il exécutera avec ses pouces un véritable pétrissage de toutes les parties situées au-dessous de l'acromion et de l'apophyse coracoïde. En imprimant aux pouces un mouvement alternatif de rotation, l'on produit la malaxation des divers points correspondant aux régions malades. Comme ces dernières occupent un point précis, il faudra bientôt chercher à remplacer l'action des pouces, au-dessous de l'acromion, par une autre manœuvre plus importante; les deux index, après avoir « fouillé » pour ainsi dire les parties molles au-dessous de l'apophyse coracoïde, viennent, en exécutant un mouvement de rotation, presser à leur tour la région sous-acromiale aussi profondément que possible. (On fera maintenir, par un aide, le bras du malade en abduction, afin d'obtenir un relâchement du deltoïde qui facilite singulièrement le traitement.)

A cela, il importe d'ajouter la manœuvre suivante : l'opérateur enfonce le plus profondément possible l'index d'une de ses mains au-dessous de l'acromion; pendant ce temps, l'autre main saisit le coude du malade (de préférence à tout autre point) et imprime à l'humérus des mouvements d'abduction et de rotation assez brusques. Des mouvements de circumduction sont également fort utiles, car ils ont l'avantage de présenter successivement à la pression du doigt la grande et la petite tubérosités humérales. Ainsi se trouvent malaxées ces adhérences fibreuses consécutives à l'irritation plastique de la bourse séreuse sous-acromiale, et qui pendant ces manipulations sont prises pour ainsi dire entre deux agents à la fois résistants et mobiles : la tête humérale, d'une part, et, de l'autre, la main de l'opérateur. Il est bon de percuter le deltoïde pendant quelques secondes, afin d'en éveiller la contractilité. On fera exécuter, bien entendu, à l'articulation ses mouvements les plus variés et les plus étendus.

Je recommande d'appliquer, après chaque séance, une couche d'ouate sur l'articulation qui vient de subir les manœuvres du massage et de la maintenir par une bande de flanelle; les douleurs provoquées par les mouvements, qui doivent toujours *avoir une certaine énergie*, se calment pour ainsi dire instantanément sous l'influence de la compression ouatée, qui doit être conservée jusqu'à la séance suivante pendant les premiers jours du traitement.

On peut exécuter, au grand avantage des malades, deux séances par jour, de dix minutes chacune; ou bien, en tout, une séance d'un quart d'heure quotidiennement. J'estime qu'il y aurait inconvénient à prolonger davantage ces séances. Le mieux est de les exécuter courtes, mais fréquentes.

Il n'appartient qu'à un médecin de savoir diriger un traitement de cet ordre. Tel jour, en effet, il conviendra d'insister sur les mouvements d'abduction; tel autre, de pétrir les parties molles, les assouplir, réveiller la contractilité du deltoïde; tel autre jour encore, il faudra apprécier l'opportunité d'un repos de vingt-quatre heures. Qui, du reste, saurait mieux que le médecin examiner chaque jour une articulation dans ses détails anatomiques délicats, et se rendre compte des progrès du traitement et des dangers des manœuvres trop violentes ou intempestives?

En résumé :

1° Si, au point de vue étiologique, les péri-arthrites scapulo-humérales relèvent le plus ordinairement du traumatisme, il convient de tenir compte, croyons-nous, de l'influence exercée par la goutte et le rhumatisme comme causes générales prédisposantes.

2° Le massage est le moyen curatif *le plus puissant* et *le plus sûr* applicable aux péri-arthrites. On peut l'unir à l'électrisation et à l'hydrothérapie, mais il faut considérer ces deux derniers moyens comme insuffisants à amener la guérison, employés isolément.

Unis au massage, ils peuvent être d'utiles adjuvants de ce traitement, qui toutefois peut à lui seul produire un résultat favorable.

3° Exécuter une séance quotidienne d'un quart d'heure environ; envelopper l'épaule avec un bandage ouaté.

4° Parmi tous les mouvements à employer, je recommande l'abduction avec la manœuvre décrite plus haut. La rotation en dedans avec propulsion de la main du malade vers l'omoplate du côté opposé marque, par sa plus ou moins grande facilité, les progrès obtenus.

5° 20 à 30 séances suffisent, en général, à produire une guérison définitive.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS SUR LA THÉRAPEUTIQUE DE LA MÉTRITE, par MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine — Paris, 1887; F. Alcan.

Pour M. Martineau, de même que pour la grande majorité des gynécologistes français, la métrite est non seulement une affection locale, mais une affection générale, et c'est une affection, non une maladie.

De là la division étiologique en deux classes : 1° métrite constitutionnelle; 2° métrite traumatique. La première est protopathique, secondaire ou deutéropathique, et les causes prédisposantes constitutionnelles sont la scrofule, l'arthritis, l'herpétis, la chlorose, la syphilis, la tuberculose.

Le diagnostic d'une métrite ne peut être complet que si l'on répond successivement à ces diverses questions : 1° Y a-t-il métrite? 2° Quelle est la modalité anatomique? 3° L'affection est-elle protopathique ou deutéropathique? 4° Quelle est la maladie dyscrasique, diathésique ou constitutionnelle qui la tient sous sa dépendance?

Plus de la moitié de l'ouvrage de M. Martineau est consacrée à la thérapeutique, qu'il étudie avec le plus grand détail et dans ses moindres particularités. Nous ne pouvons que signaler ces intéressantes leçons qui, par leur nature même, échappent à l'analyse.

P. C.

LA MIGRAINE, par le docteur L. THOMAS, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1887.

Quoique, et peut-être parce que, « travail de bibliothécaire », la monographie de M. Thomas, sur un sujet qui a été l'occasion de travaux innomblables, est certainement des plus intéressantes.

Après un historique qu'on pourrait dire un peu long (on revient toujours à ses dieux), l'auteur étudie avec grand soin les symptômes et l'étiologie de la migraine. Pour lui, ainsi que pour M. Sarda, « si la migraine peut exister à l'état de névrose idiopathique, elle est le plus souvent symptomatique, non d'un état local, mais d'un état général.

Les doctrines pathogéniques sont, par M. Thomas, divisées en deux classes : 1° celles qui placent le point de départ en dehors du système nerveux; 2° celles qui donnent celui-ci comme l'origine de tout. Les probabilités, telle est la conclusion, sont en faveur d'une

névralgie siégeant primitivement sur un rameau déterminé du trijumeau. L'irritation se propage ultérieurement aux fibres du sympathique, et peut-être à la substance cérébrale.

L'auteur a dû être sobre sur le traitement, ce qui n'est pas un mince mérite, étant donné l'encombrement de cette partie de l'histoire de la migraine; comme il le fait remarquer justement, aucun procédé ne réussit sûrement dans tous les cas, et il est impossible de déclarer *à priori* les plus bizarres constamment inutiles.

L'ouvrage, qui a été couronné par l'Académie de médecine, se termine par un chapitre intéressant sur la migraine ophthalmique. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Masturbation; mélancolie; état grave; extirpation des deux ovaires; guérison. — La malade, âgée de 33 ans, livrée avec acharnement à la masturbation, était dysménorrhéique et éprouvait des douleurs violentes dans les deux ovaires depuis l'âge de 15 ans. Dans les derniers temps, elle maigrissait rapidement et était tombée dans une profonde mélancolie, tourmentée de la pensée qu'elle avait commis un péché qui ne pouvait être pardonné et qu'elle était damnée pour l'éternité. Incapable d'aucune occupation, elle implorait une opération qui la soulageât. Le docteur Cushing enleva les deux ovaires en présence des docteurs Bowditch, Nelson et Galvin. Les trompes utérines avaient leurs parois un peu épaissies, et les ovaires, dont l'un contenait un petit kyste, étaient légèrement hypertrophiés. Le clitoris était un peu augmenté de volume et congestionné, mais il n'était pas notablement déformé. Notre confrère n'avait examiné la malade qu'une seule fois, et cette exploration avait déterminé un violent orgasme. Les suites de l'opération ne donnèrent pas lieu à un seul symptôme fâcheux. Quatre mois après, l'opérée n'accusait qu'un peu de sensibilité du côté du bassin, et était délivrée de sa mélancolie et de sa passion sexuelle. Les conditions misérables, très graves, propres à faire craindre un suicide, dans lesquelles elle se trouvait avant l'opération, étaient remplacées par une apparence naturelle et saine.

Le 10 mars dernier, deux mois après l'opération, la malade restait guérie de son trouble mental et de son excessive passion sexuelle. (*Journal of the Amer. med. Assoc.*, 16 avril 1887.)

Un placenta syphilitique. — Dans une récente séance de la *Société d'anatomie et de pathologie* de Bruxelles, le docteur Debray a présenté le placenta d'une femme qui disait avoir eu la syphilis un an avant son accouchement, mais qui avait certainement des chancres et une roséole spécifique au moment de sa délivrance. L'accouchement était à terme, et le placenta avait été extrait avec quelque difficulté trois heures après la sortie de l'enfant. Il était dur et remarquablement petit. L'examen microscopique révéla la présence de fibres de tissu conjonctif et de nombreux éléments plastiques entre les faisceaux du tissu conjonctif, formant des anneaux d'induration (*arterio-sclerotic rings*) autour des vaisseaux. (*The Lancet*, 23 avril 1887.)

Ongle entré dans les chairs. — Le docteur Cotting, chirurgien consultant du *Boston city Hospital,* a conçu et exécuté avec succès un nouveau mode opératoire pour la guérison de cette affection douloureuse. Il enlève, sans toucher à l'ongle, non seulement les chairs malades, mais encore une tranche assez épaisse des tissus sains sous-jacents. Par suite de la rétraction cicatricielle, l'ongle en se développant ne trouve plus de chairs où il puisse s'enfoncer. Il va sans dire que l'opérateur a recours à l'anesthésie, au pansement antiseptique, à une compression suffisante, et que l'hémorrhagie est arrêtée facilement. A ce sujet, un fait d'hérédité cité par le docteur Cotting est assez curieux: une jeune femme traitée par lui récemment avait dû être opérée pour la même lésion à l'autre pied, et à la même époque un frère de cette malade avait été soumis à la même opération. De plus, seize ans auparavant, la mère de ces deux sujets avait été opérée par le docteur Cotting aux deux orteils, de chaque côté de chacun d'eux; ce qui fait sept opérations dans la même famille. (*Med. Press and Circular*, 4 mai 1887.) — R.

Hématophobie et réflexe d'origine cicatricielle. — M. Féré rappelle que certaines personnes très émotives sont tellement impressionnées par la vue du sang, le leur ou celui d'autrui, qu'elles en éprouvent des syncopes ou des attaques convulsives. Plusieurs membres d'une même famille présentent souvent la même susceptibilité.

Mais il semble que le souvenir seul de l'impression éprouvée autrefois à la vue du sang puisse éveiller des troubles nerveux aussi intenses. M. Féré, ayant un jour touché par hasard une femme hystérique et hématophobe au niveau du pli du coude, détermina chez elle une syncope. Cette femme lui apprit qu'ayant été longtemps auparavant saignée aux deux bras pour une pneumonie, elle n'avait jamais pu, depuis cette époque, supporter, sans perdre immédiatement connaissance, le moindre attouchement au niveau des points où ces saignées avaient été faites.

M. Laborde explique ce fait plutôt par un réflexe d'origine cicatricielle que par le réveil du souvenir d'une ancienne émotion. Il le rapproche des attaques épileptiques que peut produire chez certains individus l'attouchement d'une excroissance cutanée, cicatrice chéloïdienne, durillon de la plante du pied, etc. (*Soc. de biologie*, 18 juin 1887.) — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Marey, en son nom et en celui de M. Pagès, donne lecture d'un mémoire sur la locomotion comparée, concernant surtout les mouvements du membre pelvien chez l'homme, l'éléphant et le cheval. En voici le résumé : « Dans les allures sautées aussi bien que dans les allures marchées, le mouvement du membre pelvien reste essentiellement le même chez l'homme, l'éléphant et le cheval; ce qui varie, c'est la part de chacun des organes qui y concourent.

« 1° Entre l'homme et l'éléphant, les différences sont faibles; elles tiennent à ce que, chez l'homme, le pied ne s'écrase pas sensiblement, tandis que, chez l'éléphant, un énorme coussinet plantaire qui fait de cet animal un intermédiaire entre les plantigrades et les digitigrades, la disposition des rayons phalangiens pouvant s'éloigner l'un de l'autre permettent l'écrasement de l'organe d'appui.

« 2° Entre l'homme ou l'éléphant et le cheval, les différences sont beaucoup plus grandes.

« La disposition anatomique et le développement énorme du pied du cheval font que cette partie du membre peut remplir trois fonctions distinctes :

« *a*. Par le sabot situé à l'extrémité libre, il sert comme organe d'appui;

« *b*. Par ses mouvements articulaires, très étendus, il réduit au minimum le travail nécessaire à l'élévation du pied pendant le soutien;

« *c*. Enfin, et surtout, par l'articulation métatarso-phalangienne et ses organes de soutènement, il constitue un puissant appareil amortissant et restitutif qui n'existe au même degré chez aucun autre quadrupède. »

M. Marey présente une note de M. Charles Rouget, *sur les grains ou boutons des terminaisons dites* en grappe *des nerfs moteurs*.

« Il existe dans les muscles des reptiles, principalement des couleuvres et aussi des lézards, une forme de terminaison nerveuse, décrite par Tschiriew, le premier, sous le nom de *terminaison en grappe*, et ensuite, par Bremer, sous le nom de *terminaison en ombelle* (*Dolden*). Les extrémités terminales des dernières ramifications du cylindraxe, que ces observateurs ont décrites comme de simples renflements punctiformes, en grains, en boutons (*Knopfen*) ou en massue (*Endkolben*), ont une structure beaucoup plus complexe que celle qu'ils lui attribuent. Leur forme même est loin de correspondre toujours à celles qu'indiquent les noms par lesquels ils les ont désignées. Vus de profil ou d'en haut, ces prétendus grains ou boutons apparaissent souvent aplatis en forme de lamelles. Ce qui importe davantage, c'est que ce ne sont pas de petites masses homogènes, comme les montrent les préparations obtenues par l'imprégnation au chlorure

d'or, les seules qui aient servi de base aux descriptions qu'on en a données jusqu'ici. En traitant les objets mêmes qui ont servi aux observations de Tschiriew et de Bremer par l'acide chlorhydrique dilué à 1 p. 1000, soit directement, soit après un séjour prolongé dans une solution de chlorure de sodium à 25 p. 100, la structure intime de ces grains apparaît tout autre et beaucoup plus complexe qu'après l'imprégnation au chlorure d'or. Sur les plus volumineux de ces grains, on peut reconnaître des enroulements multiples, des espèces de glomérules nerveux minuscules, du filament terminal du cylindraxe; dans d'autres, qui semblent formés par une agglomération de grains secondaires, ces prétendus grains apparaissent comme des boucles ou des anses, au nombre de quatre, de trois ou de deux, formées par un nombre égal de divisions ultimes du cylindraxe, à l'extrémité d'une tige unique. Les terminaisons en bouton ou en grain punctiforme sont formées par une anse simple, souvent tordue sur elle-même ou affectant la forme d'une crosse enroulée. Nulle part, on ne rencontre une véritable extrémité libre; toujours, au contraire, comme dans les plaques terminales des nerfs moteurs des mêmes muscles, les dernières divisions du cylindraxe se recourbent en anses ou arcades terminales.

« Les terminaisons en grappes présentent un grand intérêt, non pas parce qu'elles constitueraient, comme l'a cru Tschiriew, une forme embryonnaire, transitoire, d'une plaque motrice, mais parce qu'elles sont en réalité une forme permanente de terminaison motrice. Dégagée des complications secondaires résultant de ses perfectionnements progressifs, et réduite à ce qui est à la fois nécessaire et suffisant à l'acte essentiel dont elle est l'agent, le dégagement de l'énergie cinétique du nerf et sa transmission à l'élément contractile, la partie fondamentale d'une terminaison motrice nous apparaît sous la forme de ces anses ou arcades terminales, caractère commun aux terminaisons en grappes, aux plaques motrices, aussi bien qu'à la lame nerveuse des plaques électriques des torpilles. »

FORMULAIRE

Poudre contre la constipation. — Chéron.

Magnésie anglaise	25	grammes.
Crème de tartre	13	—
Bi-carbonate de soude	2	—
Oléo-saccharure d'anis	1	gramme.

Pour 40 cachets. Un cachet au commencement de chaque repas, contre la constipation des personnes sujettes aux hémorrhoïdes. — N. G.

COURRIER

Par décret en date du 23 juillet 1887, la chaire de pathologie interne de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est transformée en chaire de pathologie interne et pathologie expérimentale.

— Par décret, en date du 23 juillet 1887, M. Leroy, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne et pathologique expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille (chaire nouvelle).

— Par décision ministérielle du 17 juillet 1887, le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Mazières, à Saint-Genis ; Privat, à Campagnac ; Racine, à Scey-sur-Saône ; Martin, à Macau ; Jeanney, à Saulx ; Rémy, à Boussac ; Savin, à Saint-Germain-

du-Bois ; Collot, à Joinville ; Boutet, à Orgerus ; Smagghe, à Hazebrouck ; Lannes, à Mailloux ; Vermont, à Mont-Saint-Vincent ; Darrieux, à Saint-Jean-Pied-de-Port ; Mascle, à Châteaurenard ; Chaussat, à Aubusson ; Plaisance, à Brigueil ; Morel, à Pacé ; Grenet, à Héricourt ; Haran, à Vézelay ; Bertaud, à Pouancé ; Tarnawski, à Joigny ; Robert, à Sisteron ; Foucher, à Saint-Mandé ; Frissant, à Mouriès ; Tonnelier, à Auxerre ; Boutet-Durivaud, à Laforêt ; Gagniard, à Avallon ; Josias, à Charenton ; Mauvesin, à Bray-sur-Seine ; Costes, à Langogne ; Favre, à Faverges, et Divry, au Catelet ;

MM. les officiers de santé Tournon, à Istres ; Faure, à Lagrand ; Lacôme, à Castelnau ; Huber, à Boos ; Dubreuilh, à Thenon ; Guerdat, à Ville-d'Avray ; Carré, à Houdain ; Mahu, à Anizy-le-Château ; Lemaître, à Moreuil, et Creuset, à La Gravelle.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juillet 1887, sont réinstitués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance, pour une période de quatre années, à partir de l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les docteurs en médecine actuellement en exercice, dont les noms suivent :

Ier *arrondissement*. — MM. Boissier, Carpentier, Colson, Regnault, Richard (Ernest) et Richard (Paul) ;

IIe *arrondissement*. — Legué, Lobligeois, Martellière, Pascalis et Radou ;

IIIe *arrondissement*. — MM. Boyer, Regeard et Rueff.

IVe *arrondissement*. — MM. Avezou, Commenge, Déel, Dezarnaulds, Garnier, Guyard, Henszel, Mérijot, Soudée, Vigouroux et Resch ;

Ve *arrondissement*. — MM. Brochin, Roussy, Gervais, Deffaux, Delisle, Lecoconnier, Laugier et Barrault ;

VIe *arrondissement*. — MM. Lecoin, Venet, Trachant, Vinache, Reuss, Foucard et Guillier ;

VIIe *arrondissement*. — MM. Bader, Tisné, Blet, Audigé, Loiseau-Rouen, Meige et Tolédano ;

VIIIe *arrondissement*. — MM. Pierreson, Siry, Diday, Boncour et Billon ;

IXe *arrondissement*. — MM. Piberet, Blondet, Besnier, Fédérowiez, Geneste et Moulard ;

Xe *arrondissement*. — MM. Boivin, Hémey, Pignol, Chabert, Rœser, Gérard, Fissiaux, Piérin, Rotillon, Tripet, Bonnot et Picard ;

XIe *arrondissement*. — MM. Rogron, Pasteau, Humbert, Malterre, Trapenard, Miquel, Landois, Montignac, Boussi, Cornilleau, Tourangin, Calmeau et Naudet ;

XIIe *arrondissement*. — MM. Gibert, Mallet, Bloch, Morisson, Dombax et Jourjon ;

XIIIe *arrondissement*. — MM. Bureaux, Franco, Paulier, Boulland, Lafont, du Périer et Chatelain ;

XIVe *arrondissement*. — MM. Bonne, Coumëtou, Fèvre, Lacaille, Lartigues, Macqret et Piérin ;

XVe *arrondissement*. — MM. Tapie, Simon, Quessay, Marieur, Legrand, Lagelouze, Doury, Destrem et Ancelin ;

XVIe *arrondissement*. — MM. Saint-Martin, Raoult et Sée ;

XVIIe *arrondissement*. — MM. Masson, Demay, Séailles, Lebeau, Fabre et Mugnier ;

XVIIIe *arrondissement*. — MM. Franckel, Perrochon, Mook, Boh, Fabre et Gaspais ;

XIXe *arrondissement*. — MM. Gérard, Gillet, Jounia, Forestier, Baucher, Ruelle, Texier, et Tarius ;

XXe *arrondissement*. — MM. Perrin, Brochon, Chenet, Sénac, Dupré, Arduin, Pilon, Delarue, Braumberger, Kinzelback et Outin.

Légion d'honneur. — Par décret du 16 juillet courant, le docteur Colvis a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur de Séré, inspecteur du service de la vérification des décès à Paris, vient d'être nommé commandeur de l'ordre du Lion et du Soleil de Perse.

Missions scientifiques. — M. Paul Aubry, externe des hôpitaux, membre de la Société de géographie commerciale de Paris, est chargé d'une mission en Russie pour y étudier l'organisation des hôpitaux.

M. le docteur Baratoux, médecin à Paris, est chargé d'une mission au Canada et aux

États-Unis, en vue d'y étudier l'enseignement de la rhinologie, de l'otologie et des diverses affections du larynx.

— L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1888 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 17 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au samedi 1er octobre inclusivement.

NÉCROLOGIE. — Avant-hier ont eu lieu les obsèques de M. le docteur Robinet, le regretté vice-président du Conseil municipal.

NOUVEL HÔPITAL. — Les travaux de l'hôpital rue de Bagnolet vont commencer incessamment.

Cet établissement sera édifié tout en haut de la rue de Bagnolet, à distance de 100 mètres des talus des fortifications, dans une propriété acquise par la Ville au mois de janvier dernier.

Cette propriété, d'une étendue superficielle de 12,000 mètres, dont 8,000 mètres en parc garni d'arbres séculaires, a été payée par la Ville 350,000 francs seulement. Comme bâtiments il n'y a qu'un petit hôtel fort ancien, dont l'entrée principale se trouve en bordure de la rue de Bagnolet et un pavillon attenant qui pourait contenir à peine une vingtaine de personnes. Les constructions neuves auront donc une grande importance, puisque, d'après les projets actuels, elles doivent couvrir la surface de près de 3,000 mètres carrés.

Il est question de donner à l'établissement projeté une destination autre que celle dont on a parlé : au lieu d'en faire un hospice pour les vieillards, on voudrait l'affecter aux jeunes enfants aveugles. (*Bulletin médical.*)

— Nous recevons la lettre suivante :

Havre, le 20 juillet 1887.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que la Compagnie de l'Ouest seule a bien voulu accorder demi-place aux membres adhérents du Congrès du Havre (5 et 6 Août).

Je vous prie, Monsieur, de vouloir bien me faire connaître, le plus tôt possible, si vous venez au Congrès pour que je vous envoie, en temps utile, un bon nominatif que vous présenterez au guichet de la gare de départ du réseau de l'Ouest, bien entendu.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le secrétaire général de la Société d'Hygiène,
Dr GIBERT.

— Le bel établissement thermal de Balaruc, si particulièrement renommé de tout temps pour le traitement de la paralysie, sous ses formes diverses et des affections rhumatismales, a reçu un développement important. Il offre des ressources plus nombreuses pour les bains, les douches, les salles de gargarismes, la buvette, le logement des baigneurs et les agréments du séjour. La saison se prolonge jusqu'à la fin du mois d'octobre. — De Cette à Balaruc, traversée d'un quart d'heure, en bateau à vapeur, sur le magnifique étang de Thau. Voitures de louage de Cette à Montpellier.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Basiotripsie. — Parallèle entre cette opération et la laparotomie.

Leçon professée le 7 juin 1887, par le docteur A. Pinard, agrégé, chargé du cours,

Rédigée par H. Stapfer, revue par A. Pinard.

Messieurs, vous avez vu, dans les salles, une femme qui a subi, ces jours passés, une grave opération, dont les suites sont aussi simples que si l'accouchement avait été physiologique.

Nous devons, pour une grande part, ce résultat à l'antisepsie d'abord, ensuite à la perfection des instruments employés.

De l'antisepsie, je ne vous parlerai pas aujourd'hui, bien que je sois toujours disposé à en parler, car cette découverte est l'objet de ma constante admiration, à moi qui ai connu l'ancienne clinique où tant de femmes mouraient, opérées ou non opérées.

Je vous parlerai de l'instrument que j'ai employé et de l'opération. Je vous dirai les motifs qui m'ont déterminé à la pratiquer. Elle sera répétée devant vous par M. Boissard, chef de clinique, pour rendre la démonstration plus claire. Enfin, et surtout, je comparerai les résultats de cette opération à ceux d'autres opérations considérées comme préférables à l'étranger.

Tel sera le principal sujet de cette leçon. Je désire protester contre certaines erreurs, causées par la publication, dans les livres les plus récents, de statistiques qui ne devraient plus avoir cours. Soyez certains que ma protestation ne sera pas appuyée sur des théories. Je fais ici de la pratique. Je m'appuierai sur les faits.

Je commence par résumer en quelques mots l'histoire de la femme qui m'a fourni l'occasion de cette leçon.

C'est une primipare. Au moment de son entrée à l'hôpital, on a constaté que l'enfant se présentait par l'épaule, et que le bassin était vicié. Quelques heures plus tard, la femme était en plein travail et l'on vint me chercher. Je trouvai, à mon arrivée, deux pieds et un bras dans le vagin. Le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 centimètres 1/2 faibles. En retranchant 1 centimètre 1/2, moyenne des déductions habituelles, on pouvait conclure que ce bassin mesurait 8 centimètres au maximum. L'enfant était vivant et à terme. L'orifice était dilatable et les membranes rompues. Il fallait intervenir. Comment intervenir?

En admettant que l'évolution de ce fœtus, saisi par les pieds, se fît facilement, on devait redouter une extraction pénible et l'arrêt de la tête au détroit supérieur. La mort de l'enfant, et, — si la difficulté se changeait en impossibilité, — une opération mutilatrice, pouvaient être la conséquence de cet arrêt. Voilà ce qu'il fallait prévoir.

Aussi quelques accoucheurs se seraient décidés d'emblée pour la césarienne ou pour une opération analogue, non seulement afin de donner à l'enfant plus de chances de vivre, mais aussi pour sauvegarder la mère dont l'existence leur aurait paru plus compromise si l'on était obligé de broyer la tête pour l'extraire.

Telle n'est pas mon opinion. Aussi je me décidai à tenter la version, quitte à broyer le crâne si l'extraction était impossible.

L'évolution se fit sans grandes difficultés. Les membres inférieurs, le tronc, les épaules furent amenés au dehors; mais la tête ne put franchir le rétrécissement, malgré nos efforts combinés avec les meilleures méthodes d'extraction (manœuvres de Mauriceau et Champetier de Ribes). L'enfant succomba pendant ces tentatives et, dès lors, je résolus d'avoir recours au broiement. Je décrirai l'opération, tout à l'heure, au cours de la discussion que je vous ai annoncée.

Un peu partout, à l'étranger et même, comme vous le verrez, en quelques endroits de la France, s'accrédite une opinion contre laquelle je ne saurais trop m'élever. On prône la césarienne ou les opérations de même genre dans des cas où elles ne sont pas formellement indiquées.

Je m'explique : jusqu'à présent, nous admettions que cette opération n'avait qu'une indication — indication absolue — l'impossibilité d'extraire le fœtus en le mutilant, sans exposer la mère à des dangers aussi grands que ceux auxquels l'expose la césarienne. Aujourd'hui, à cause des récents et très réels perfectionnements de l'opération, on lui trouve des indications relatives, c'est-à-dire qu'on est disposé à la pratiquer, et qu'on la pratique, dans des cas où le bassin n'est pas rétréci au point de rendre impossible l'extraction d'un fœtus mutilé, sans exposer gravement la mère.

Certes, Messieurs, l'idée qui guide les défenseurs de la césarienne ainsi comprise est fort belle. Conserver les jours de la mère et de l'enfant! Supprimer les opérations qui ont pour but de sacrifier le fœtus! J'applaudirais le premier à un pareil résultat.

Je ne suis pas l'ennemi né de l'opération césarienne. J'ai constaté et je constate avec satisfaction les progrès qu'on lui a fait faire, depuis la modification de Porro, jusqu'aux perfectionnements dus à Sänger. Je suis prêt à les mettre à profit lorsque l'occasion se présentera; mais, jusqu'à de nouveaux perfectionnements, cette occasion sera toujours fournie par ces malheureuses femmes, chez lesquelles l'obstacle à l'accouchement est tel qu'on ne peut mutiler l'enfant sans faire courir à la mère un très grave péril. En d'autres termes, je n'admets pas d'indication relative à la laparotomie, je n'admets que l'indication absolue. Je ne la crois pas préférable à une autre opération. Elle s'impose. On ne la choisit pas. On en subit la nécessité.

Les partisans de la gastrotomie sauvent presque toujours l'enfant. En cela leur supériorité est indiscutable; mais la mère? La sauvent-ils toujours? Plusieurs femmes ne sont-elles pas mortes? Eh bien! je crois qu'en sacrifiant le fœtus, à condition de pratiquer une antisepsie minutieuse et de se servir de bons instruments, on la sauve toujours.

Je vous en donnerai la preuve dans un instant; mais je dois vous parler d'abord des plus récents travaux parus en France sur ce sujet, des raisons et des faits sur lesquels s'appuient les partisans de la laparotomie, opération de choix et non plus de nécessité.

Je ne m'occupe ici que de clinique. Je n'entrerai donc pas dans de longs détails bibliographiques.

En Allemagne, Sänger a imaginé un procédé de suture utérine destiné à obtenir la réunion immédiate des lèvres de la plaie. On arrive à ce résultat en adossant la séreuse à elle-même, principe dont l'excellence a été depuis

longtemps reconnue et mise en pratique par les chirurgiens de notre pays dans diverses opérations.

La méthode de Sänger a été décrite dans un travail publié par un de mes anciens internes, M. Potocki.

Après avoir exposé les résultats acquis, M. Potocki se borne à constater le progrès, et, s'excusant avec modestie sur son inexpérience, s'abstient de décider si, à l'imitation des Allemands, on est autorisé à faire choix de la césarienne, au lieu d'en subir la nécessité.

A défaut d'expérience, M. Potocki avait cependant des statistiques à sa disposition. Il n'a pas voulu s'en servir. En cela, il a fait encore preuve de jugement, car, comme je le dirai, ces statistiques sont trompeuses.

Dans une thèse soutenue il n'y a pas longtemps à la Faculté de Nancy par M. Clarke, Américain, thèse dont les conclusions ont été présentées avec réserve, dans la *Semaine médicale*, par M. Heydenreich, agrégé de cette Faculté, et défendues par M. Ganzinotty, ancien chef de clinique, dans le *Bulletin médical*, la comparaison que M. Potocki avait hésité à faire, a été faite.

Je comparerai à mon tour, après M. Clarke. Pour le moment, je pose, en clinicien, la question dans les termes suivants : Si la laparotomie donne d'aussi bons résultats pour la mère que l'embryotomie, elle doit lui être préférée. A plus forte raison, si elle en donne de meilleurs. Si, meurtrière, elle ne l'est ni plus ni moins que l'embryotomie, celle-ci doit encore céder le pas, car elle sacrifie l'enfant que l'autre sauve.

Cela est clair, n'est-ce pas, cela est net. Maintenant examinons.

La thèse de M. Clarke n'a pas trait à la césarienne proprement dite, mais à la laparo-élytrotomie, dont il publie cinq observations nouvelles.

Dans la laparo-élytrotomie, on n'ouvre pas l'utérus. Voici, en quelques mots, le manuel de cette opération dont les premiers temps rappellent les procédés en usage pour la ligature de l'artère iliaque externe : On fait, à quelque distance du pli de l'aine et sur une ligne parallèle, une incision de la peau, des aponévroses et des muscles abdominaux; puis on décolle le péritoine, et, cheminant avec les doigts au-dessous de la séreuse ainsi respectée, on cherche le vagin qui est incisé au-dessous de son insertion à l'utérus, dont l'orifice dilaté est attiré vers les bords de la plaie abdominale.

La laparo-élytrotomie ne date pas d'hier. Imaginée par Jorg, modifiée par Ritgen, vantée par Baudelocque malgré ses insuccès, abandonnée par suite en Europe, elle a été réinventée et réhabilitée par Gaillard Thomas (de New-York), l'un des maîtres renommés de M. Clarke.

Avant les cinq opérations publiées par M. Clarke et suivies de succès — nous examinerons ces succès, — la science comptait neuf laparo-élytrotomies. Neuf insuccès. M. Clarke pense qu'on ne doit pas en tenir compte. Il élimine même ceux qui ont été la conséquence d'accidents opératoires. Cette exécution est un peu sommaire. Qu'on fasse des réserves pour les opérations pratiquées lorsque l'état général est mauvais et surtout pour les opérations faites avant la découverte de l'antisepsie, rien de plus juste. Je ferai moi-même la croix, tout à l'heure, sur certaines vieilles statistiques. Mais que l'on agisse de même façon pour les accidents survenus au cours de l'opération et de par elle, je ne l'admets pas.

Tel est mon premier reproche à M. Clarke. Voyons le second.

Il s'agit de cette comparaison de statistiques que M. Potocki n'a pas voulu faire, que M. Clarke a faite et que nous referons après lui.

M. Clarke présente d'abord sa statistique. Cinq cas; cinq succès. Il est vrai que quatre fois la vessie fut ouverte; mais, dit-il, « ces fistules vésico-vaginales ont *cela de bon* qu'elles guérissent facilement. » Une fois, le fœtus ne put être extrait que broyé. Il était mort avant l'opération; vivant, il n'eût pas franchi plus facilement, selon toute apparence, l'orifice utérin. Dans aucun cas, les suites n'ont été exemptes d'alarmes; enfin les femmes ont guéri, les fistules se sont fermées. Il paraît qu'on les évitera dans l'avenir. Tel est le bilan de la laparo-élytrotomie.

M. Clarke présente ensuite la statistique de la césarienne perfectionnée par Sänger. Elle donne une mortalité de 7,6 p. 100 d'après le mémoire de Potocki.

L'embryotomie vient en dernier lieu. Pour se renseigner, M. Clarke s'est adressé aux livres d'obstétrique les plus récents. Il y a trouvé rééditées des statistiques dont quelques-unes datent de vingt ans, et il a conclu, chiffres en main, que la mortalité de la céphalotripsie et de l'embryotomie oscillait entre 14,28, 25 et 41,79 p. 100!

« En présence de cette statistique, d'une éloquence funèbre, dit M. Clarke, nous ne pouvons partager l'optimisme de Barnes (de Londres), qui dit textuellement (séance du 13 octobre 1886 de la Société de gynécologie) : *La crâniotomie faite dans des conditions favorables* (moment opportun, habileté d'exécution) *entraîne une mortalité maternelle nulle.* »

Messieurs, je partage l'optimisme de Barnes dont M. Clarke n'a pas cru devoir tenir compte. Je ne partage pas l'opinion d'un autre Anglais, M. Stuart Nairn, qui considère la césarienne comme une perfection (*Edimb. med. Journ.*, avril 1887). Seulement, au lieu de me contenter comme Barnes d'une affirmation, je vous donnerai des chiffres. Les statistiques auxquelles M. Clarke s'est fié avec trop de complaisance datent d'une époque où les soins antiseptiques étaient inconnus, où l'on opérait les femmes lorsque l'état général était mauvais, et où les instruments n'avaient pas la perfection qu'ils ont aujourd'hui. Je vais vous démontrer en quelques mots, et surtout par des exemples, la supériorité de l'un de ces instruments. Je veux parler du basiotribe de M. Tarnier. Ce n'est pas parce que l'auteur de cet instrument est mon maître que je le vante, c'est parce qu'en toute sincérité, par expérience personnelle, je le crois infiniment supérieur à ceux que la France possédait auparavant.

Le basiotribe est une pince fenêtrée. L'une des cuillers dépasse l'autre de 2 à 3 centimètres. Cette inégale longueur a pour but de rendre plus facile et plus certain le broiement de la base du crâne.

Entre les cuillers est un perforateur qui fait corps avec l'instrument quand il est monté.

Donc, démonté et prêt à servir, celui-ci se compose de trois branches :

1° Un perforateur, 2° une cuiller gauche, 3° une cuiller droite; le tout maintenu par une forte vis.

L'opération compte six temps :

1° Perforation.

2° Introduction et placement de la cuiller gauche.

3° Articulation de cette cuiller et du perforateur ou petit broiement.

4° Introduction et placement de la cuiller droite.

5° ARTICULATION DE CETTE CUILLER ET DES DEUX AUTRES BRANCHES ET GRAND BROIEMENT.

6° EXTRACTION.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MALADIES DU CŒUR, par Constantin PAUL. Paris, Asselin et Houzeau, 1887.

La deuxième édition du livre de M. Constantin Paul présente un certain nombre de chapitres nouveaux ou modifiés sur lesquels nous allons particulièrement insister.

Les palpitations de croissance peuvent-elles donner lieu à l'hypertrophie du cœur? M. G. Sée l'admet depuis 1885 et regarde cette modification de volume comme passagère, de telle sorte qu'il se demande s'il n'y a pas seulement une dilatation. Après avoir montré que le volume du cœur est plus en rapport avec le poids du corps qu'avec sa largeur ou sa taille, M. C. Paul, s'appuyant sur les recherches cliniques de Ludger, établit qu'on ne peut guère admettre, à la suite des palpitations de croissance, que des dilatations exceptionnelles et passagères.

Il peut aussi se produire des palpitations au moment de la ménopause. Quelquefois il y a (avec ou sans varices antérieures) des congestions des veines des jambes qui peuvent s'accompagner d'œdème sus-malléolaire.

En décrivant, « pour se confirmer à l'usage », la maladie de Basedow, l'auteur insiste sur le tremblement qui, ainsi que quelques symptômes anormaux, a été récemment étudié par M. P. Marie. Le tremblement peut être généralisé ou limité à un membre, et celui des membres inférieurs être assez considérable pour gêner la marche; le tracé que l'on en prend est régulier par rapport au temps, mais irrégulier par rapport à l'amplitude des oscillations. Il va quelquefois jusqu'à des mouvements choréiques. On peut observer exceptionnellement une albuminurie légère et passagère qui se montre surtout pendant la digestion et au moment des paroxysmes cardio-vasculaires, une glycosurie passagère, la suppression de la sécrétion lactée, des spasmes du larynx avec toux quinteuse sans expectoration et souvent une sorte de cornage, etc.

Le chapitre consacré à l'angine de poitrine est un bon résumé de cette question toujours à l'étude. Pour M. C. Paul, il ne suffit pas que les artères coronaires soient athéromateuses pour produire la maladie, car, d'une part, presque tous les vieillards ont les coronaires athéromateuses sans avoir d'angine de poitrine, et, d'autre part, Panum, en oblitérant par des embolies les artères du cœur chez des animaux, n'a pas vu survenir l'angor. « En résumé, dit-il, l'angine de poitrine est une affection du plexus cardiaque qui porte plus sur la partie sympathique que sur les branches du pneumogastrique de ce plexus. Le plexus peut ne pas être lésé anatomiquement quand il s'agit de l'hystérie, de l'hypochondrie ou d'une autre névrose, il peut n'être atteint que de lésions passagères si l'accès est dû à une manifestation directe et immédiate du rhumatisme, de la goutte, de l'herpétisme. »

A propos de l'étude de la rupture du cœur, l'auteur rapporte le récit de l'autopsie du professeur Panum qui, comme on le sait, a succombé à cette affection.

Comme dans la première édition, toute la seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la thérapeutique des affections cardiaques, et nous ne saurions trop en recommander la lecture. Terminons en disant que le nombre des planches explicatives a été notablement augmenté. — Paul CHÉRON.

REVUE DES JOURNAUX

Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses, par COUPARD. — L'auteur rappelle que, dès 1860, Czermak constatait dans le pharynx, au voisi-

nage de la trompe d'Eustache, des tuméfactions de la muqueuse assez développées pour gêner le cathétérisme. Après la publication de quelques faits isolés, des monographies de Meyer, de Copenhague (1873-74), de Lövenberg (1879), de Chatellier (1886), nous ont fait connaître d'une manière complète la nature de ces productions et quelques-unes de leurs conséquences. Nous savons qu'elles se développent chez les jeunes sujets dans la portion nasale du pharynx à la suite d'un processus irritatif mal déterminé, mais qui arrive en même temps que l'hypertrophie des amygdales ou que les angines glanduleuses. Leur structure est celle du tissu adénoïde, qui constitue les ganglions lymphatiques, les amygdales, les follicules clos de la muqueuse intestinale. Chez les sujets de constitution lymphatique et scrofuleuse, le tissu adénoïde qui, à l'état normal se trouve étalé sur la paroi du pharynx au voisinage des trompes (amygdale pharyngienne de Luschka), s'hypertrophie au point de constituer ces tumeurs adénoïdes pharyngo-nasales qui déterminent un catarrhe continu avec diminution de la perméabilité du nez. L'enfant, obligé de respirer par la bouche seule, l'a toujours demi-ouverte; la lèvre inférieure pendante, le regard atone, un masque de placidité niaise, le nasonnement, la céphalée, la gêne pour l'émission des notes aiguës, le ronflement nocturne, la dureté croissante de l'ouïe constituent un ensemble symptomatique caractéristique et fréquent.

D'autre part, les rhinologistes et les laryngologistes ont étudié avec prédilection depuis quelques années certaines dyspnées pseudo-asthmatiques, certaines constrictions spasmodiques du larynx dont la pathogénie s'explique par des réflexes partis de certains points de la muqueuse nasale hypertrophiés ou irrités par des polypes muqueux. (Percepied, Fraentzel, Joal, Moure.)

M. Coupard nous apporte une donnée nouvelle dans le même ordre d'idée. Il remarque que le faux croup ou laryngite striduleuse est surtout fréquent à l'âge où se développent si fréquemment aussi les tumeurs adénoïdes du pharynx. La nature du faux croup n'est plus en discussion; c'est un spasme glottique qui survient chez certains enfants à l'occasion d'une laryngite catarrhale subaiguë et d'intensité moyenne. Mais quelle cause provoque chez certains sujets seuls cet épisode effrayant et constamment nocturne? Les explications proposées jusqu'ici sont peu satisfaisantes : rapidité de la fluxion de la muqueuse au niveau de la glotte, étroitesse de celle-ci chez les enfants, etc. Rapprochant le tableau du faux croup de certains accès dyspnéiques nocturnes qui réveillent en sursaut, dans une anxiété et une agitation extrêmes, les enfants atteints de tumeurs adénoïdes pharyngiennes, M. Coupard arrive à conclure que deux complexus comparables dans leur ensemble et dans leurs particularités doivent avoir souvent la même origine. La statistique lui paraît confirmer cette vue rationnelle. Il a vu trois fois des aphonies complètes disparaître après l'enlèvement des tumeurs adénoïdes. Sur 56 malades atteints de cette affection, il a relevé dans les antécédents la laryngite striduleuse chez 45, la coqueluche chez 5.

Aussi M. Coupard conclut-il en ces termes, — sans craindre qu'on lui réponde : « Vous êtes orfèvre, M. Josse! » — « Chez un grand nombre d'individus, surtout d'enfants, une simple laryngite catarrhale prend le caractère spasmodique par suite de l'existence antérieure de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal; si l'on voulait aller plus loin dans l'explication du mécanisme, ou pourrait tout attribuer à la sténose des voies aériennes supérieures et à l'irrégularité du courant d'air de la respiration qui ne peut suivre les voies naturelles par suite de l'obstruction partielle du pharynx. Beaucoup de cas, rangés sans plus de détails sous le nom de laryngites striduleuses, se rapportent à des accès nocturnes de suffocation, symptomatiques de la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx. Que faire en pareil cas? — Les enlever. » P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Rapport sur une observation de calcul vésical chez la femme; extraction par la

voie uréthrale. — Désarticulation scapulo-thoracique pour traumatisme consécutif à une morsure de lion. — Rapport sur une observation de rétention des règles par imperforation des voies génitales. — Rapport sur une observation de testicule douloureux contenu dans une hernie inguinale; castration. — Anatomie pathologique du genu valgum. — Hydarthrose chronique traitée et guérie par le lavage antiseptique. — Pyosalpingite.

M. Pozzi fait un rapport sur une observation de M. le docteur Cauchois (de Rouen), relative à un calcul volumineux de la vessie chez la femme, calcul qu'il a pu extraire par la voie uréthrale après dilatation du conduit.

La dilatation fut effectuée, la malade étant préalablement endormie au chloroforme, par l'introduction successive de six bougies en caoutchouc durci. Au bout de dix minutes, le chirurgien put pratiquer l'extraction d'un calcul qui n'avait pas moins de 38 millimètres de diamètre. L'opération fut terminée par un lavage antiseptique.

M. le rapporteur examine la question de la limite extrême que peut atteindre la dilatation sans compromettre ni la fonction ni l'intégrité des fibres du sphincter vésical.

Dans le cas de M. Cauchois, le volume du calcul dépassait la limite (3 centimètres) de ceux dont il est admis généralement que l'on peut pratiquer l'extraction par la dilatation de l'urèthre, et cependant l'opération s'est effectuée sans accidents et n'a eu que des suites très simples.

M. le rapporteur pense, comme M. Cauchois, que la chloroformisation est nécessaire, malgré la rapidité de l'opération, parce que cet agent, outre qu'il a pour effet de supprimer la douleur, produit la paralysie passagère des fibres musculaires lisses, expose moins, par conséquent, à la lésion du conduit uréthral qui, une fois l'extraction terminée, reprend peu à peu ses fonctions.

Peut-être y aurait-il quelque utilité à tenter l'essai de la cocaïne.

M. Berger présente un rapport sur une observation de M. le docteur Maurice Jeannel (de Toulouse), relative à une opération de désarticulation interscapulo-thoracique qu'il a pratiquée sur un individu qui avait eu le bras arraché par la morsure d'un lion.

Les parties molles étaient enlevées jusqu'à la dénudation du squelette, mais il n'existait pas d'hémorrhagie ni de symptôme de choc traumatique; l'individu, jeune homme de 26 ans, ne présentait aucun signe de prostration ni physique ni morale. M. Jeannel pensa qu'il pouvait différer jusqu'au lendemain l'intervention chirurgicale. Mais, le lendemain, la scène avait changé. Il existait autour de la plaie un emphysème énorme qui s'étendait jusqu'au grand pectoral; de la surface de la plaie s'écoulait un liquide à odeur putride de mauvais augure; les chairs étaient complètement dilacérées et transformées en une sorte de bouillie informe dans laquelle il était impossible de reconnaître aucun vestige ni du plexus brachial ni de l'artère humérale.

Avant de procéder à la désarticulation, M. Jeannel s'occupa avec le plus grand soin de nettoyer et d'assainir la plaie, en la désinfectant au moyen d'abondants lavages antiseptiques. L'opération, pratiquée suivant le procédé indiqué par MM. Berger et Farabeuf, ne donna lieu qu'à une perte de sang des plus minimes, 100 grammes à peine. L'opéré, qui avait pourtant bien supporté ce nouveau traumatisme, succombait au bout de deux heures.

M. Berger rappelle que, dans son mémoire sur la désarticulation interscapulo-thoracique, il a eu soin de distinguer les résultats donnés par l'opération suivant qu'il s'agissait de cas pathologiques ou de cas traumatiques; dans ces derniers, il y aurait lieu, suivant lui, de séparer les cas d'arrachement des cas de broiement du membre. L'opération, dans les cas de broiement, serait toujours suivie de succès; dans les cas d'arrachement, au contraire, elle se terminerait habituellement par la mort. M. Berger explique la gravité de ces derniers cas par les décollements considérables, la distension des muscles, des vaisseaux et des nerfs, qui accompagnent les plaies par arrachement.

En ce qui concerne le moment de l'intervention chirurgicale, M. Berger discute la question de savoir s'il est préférable d'amputer immédiatement ou d'attendre. Dans un cas, M. Championnière s'est bien trouvé de différer l'opération; mais il y a des cas, et celui de M. Jeannel est du nombre, où il vaut beaucoup mieux opérer sans retard.

M. Polaillon a donné des soins, il y a deux ans, à un individu qui, se trouvant en

état d'ivresse, commit l'imprudence de passer son bras entre les barreaux de la cage d'un lion. L'animal lui saisit l'avant-bras entre ses puissantes mâchoires et lui fit une plaie contuse sans dilacération des tissus ni arrachement. A l'hôpital de la Pitié, où le blessé avait été transporté, on pensa que des applications de compresses trempées dans un liquide antiseptique et des bains de même nature devraient suffire pour amener la guérison d'un traumatisme bénin en apparence. Mais, au bout de quelques jours, survint un phlegmon diffus, étendu à tout le bras, avec état général grave, qui décida M. Polaillon à pratiquer la désarticulation de l'épaule; le malade succomba.

M. Championnière a eu l'occasion de pratiquer l'amputation de l'épaule chez un individu qui avait eu le bras arraché par une machine; la partie supérieure du membre avait été broyée. M. Championnière crut sage de ne pas intervenir immédiatement. Il y avait une hémorrhagie d'une extrême abondance, que M. Championnière s'occupa d'arrêter d'abord en liant l'artère humérale, pour donner au blessé le temps de reprendre quelque force et le mettre en état de mieux résister au choc opératoire. Le blessé n'en mourut pas moins pendant l'opération.

M. Championnière pense qu'il convient, dans les cas de ce genre, d'attendre, pour intervenir, la période intermédiaire entre le choc et la réaction fébrile. On s'occupe, en attendant, d'assainir le moignon par des lavages antiseptiques et de le désinfecter au moyen de pansements à l'iodoforme.

M. Championnière avoue, d'ailleurs, ne pas comprendre la distinction que M. Berger a cru devoir établir entre l'arrachement et le broiement, au point de vue de la gravité de l'opération.

M. Verneuil estime que le mot *choc* n'exprime qu'une simple hypothèse; autrement significative est la recherche de la température à la suite de ces traumatismes. Il a pour principe de n'intervenir que lorsque le blessé a récupéré la température normale de 37° C. Il considère comme un homme mort celui que l'on opère lorsque la température est à 36°. Le grand précepte qui domine la chirurgie opératoire, en pareil cas, c'est de ne jamais opérer dans l'hypothermie. En attendant, il fait l'hémostase avec un tube en caoutchouc enroulé autour du membre.

M. Trélat partage l'avis de M. Verneuil; il ne voudrait pas laisser passer le mot de « période intermédiaire » prononcé par M. Championnière, et qu'il trouve dangereux par le vague de sa signification. Pour lui, il préfère, avant d'intervenir, attendre quelques heures, de huit à vingt-quatre heures, par exemple, avant la manifestation des accidents fébriles; il ne consent jamais à opérer dans la période d'hypothermie.

M. Championnière répond qu'il n'a pas voulu dire autre chose, si ce n'est qu'il y a lieu d'attendre, dans les cas de traumatisme grave, que le blessé se soit ranimé assez pour mieux supporter le choc opératoire. L'antisepsie, d'ailleurs, permet beaucoup mieux qu'autre fois de différer l'opération.

M. Berger fait observer que, dans le cas de M. Jeannel, il n'y avait pas de choc traumatique immédiatement après l'accident; c'est le lendemain seulement que l'emphysème s'est produit, et M. Berger pense qu'il n'aurait pas pu être arrêté par les lavages antiseptiques.

En ce qui concerne la gravité des morsures faites par les animaux féroces, M. Berger croit qu'il faut l'attribuer surtout à l'inoculation de principes septiques par les dents de ces animaux nourris avec des viandes putréfiées.

— M. Berger fait un second rapport sur une deuxième observation de M. Jeannel, relative à un cas de mort survenu à la suite d'une ponction vaginale chez une femme de 36 ans, atteinte de rétention des règles. Cette issue funeste montre que l'intervention opératoire, en pareil cas, n'est pas aussi bénigne que le pensent quelques chirurgiens.

A l'autopsie, on constate que les parois de la tumeur ponctionnée n'étaient autre chose que la paroi d'un utérus bifide distendue par le sang. On y trouvait en effet une grande quantité de fibres musculaires lisses. — L'existence de nombreuses adhérences de la tumeur avec les organes voisins rendait impossible d'ailleurs l'hystérectomie abdominale.

— M. Monod communique une observation de tumeur inguinale, dans laquelle était contenue une hernie épiploïque à côté du testicule atrophié et devenu douloureux. M. Monod pratiqua la castration et enleva, avec le testicule, le sac séreux dans sa totalité. Il pense que, dans des cas analogues, il ne faut pas hésiter à enlever la glande qui est toujours atrophiée et dont les canaux obstrués ne permettent plus l'excrétion spermatique.

— M. Kirmisson place sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique provenant d'un enfant auquel avait été pratiquée l'opération de l'ostéoclasie pour un genu valgum. L'opération avait réussi et, au bout de trois mois, l'enfant avait quitté l'hôpital, la jambe redressée. Malheureusement, la déviation se reproduisit presque aussitôt. Le malade étant mort d'une maladie intercurrente, l'autopsie du genou a montré que le genu valgum est caractérisé surtout, comme l'a dit Mac Ewen, par la courbure de l'extrémité inférieure du fémur; le condyle interne ne présente qu'un très faible degré d'hypertrophie.

M. Lannelongue a observé de nombreux faits semblables à celui de M. Kirmisson. Il a vu beaucoup d'enfants, auxquels l'ostéoclasie avait été pratiquée, sortir de l'hôpital avec une guérison apparente, démentie au bout d'un temps qui varie entre six mois et un an. Pour lui, il a renoncé à l'ostéoclasie.

— M. Terrillon présente une femme de 28 ans, guérie depuis deux mois d'une hydarthrose chronique du genou droit datant de trois ans. Cette maladie avait résisté à tous les traitements usuels.

M. Terrillon pratiqua un lavage de l'articulation avec une solution phéniquée au 3/100e. Le lavage ne fut cessé que quand le liquide revint limpide. On avait usé deux litres de liquide.

Une compression méthodique, avec repos absolu, fut instituée pendant dix-huit jours.

Le soir de l'opération, la malade, qui avait été chloroformée, eut de la douleur et une réaction assez vive, 39°. Mais tous ces phénomènes disparurent le lendemain.

Depuis deux mois, la malade est complètement guérie.

C'est le neuvième des cas dans lesquels M. Terrillon a obtenu un semblable résultat, après le lavage avec l'eau phéniquée au 3/100e pour hydarthrose simple, mais rebelle.

M. Reclus croit devoir rapprocher du fait, communiqué par M. Terrillon, l'observation d'une fillette du service de M. Lannelongue, chez laquelle l'introduction d'une aiguille dans l'un des genoux avait provoqué la formation d'une hydarthrose considérable. Après avoir évacué le liquide au moyen d'une ponction, M. Reclus fit des lavages avec une solution d'acide phénique à 2 p. 100, jusqu'à ce que le liquide injecté sortît parfaitement clair. Un mois après, la petite malade était complètement guérie.

M. Richelot, dans des cas analogues, a obtenu plusieurs fois la guérison complète à l'aide de lavages avec une solution d'acide phénique au 1/20e; jamais il n'a eu d'accidents.

M. Schwartz a employé avec succès les injections avec une solution à 5 p. 100.

M. Championnière préfère l'incision à la ponction.

M. Bouilly connaît un cas dans lequel l'hydarthrose s'est reproduite indéfiniment après plusieurs traitements de ce genre, sans doute parce qu'elle était entretenue par la présence de corps étrangers articulaires.

— M. le docteur Routier présente une pièce pathologique constituée par une pyosalpingite.

— La Société de chirurgie, consultée par M. le président Lannelongue, décide que, cette année, les vacances commenceront le 1er août; elles finiront le mercredi 5 octobre prochain, jour de la rentrée. — A. T.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 21 AU 30 JUILLET 1887.

Jeudi 21. — M. Prioleau : Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique du rétrécissement généralisé des artères. (Président, M. Le Fort.) — M. Porto : Des luxations congénitales de la hanche envisagées plus spécialement au point de vue thérapeutique. (Président, M. Lannelongue.) — M. Lubet-Barbon : Paralysie du larynx. (Président, M. Proust.) — M. Soudée : Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire rhumatismale. (Président, M. Proust.) -- M. Le Gall : Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique graisseuse. (Président, M. Proust.) — M. Drouet : Analgésie chloroformique. (Président, M. Tarnier.) — M. Duriez : Etude sur le tétanos utérin. (Président, M. Tarnier.)

Vendredi 22. — Pas de thèses.

Samedi 23. — M. Durey-Comte : Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. (Président, M. Brouardel.) — M. Coutances : Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique. (Président, M. Dieulafoy.)

Lundi 25. — M. Farina : Du stéréoscope comme moyen de traitement orthoptique du strabisme. (Président, M Trélat.) — M. Rossi : Etude sur la relation du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure. (Président, M. Trélat.). — M. Lansac : Recherches sur l'hémato-spermie (Ejaculations sanglantes). (Président, M. Guyon.) — M. Petit : De quelques accidents de croissance. (Président, M. Potain.) — M. Guy : Bilan du traitement de la coqueluche en 1887. (Président, M. Potain.) — M. Grimodie : Contribution à l'étude de la pathogénie des névrites périphériques. (Président, M. Hayem.) — M. Maréchal : Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du testicule en ectopie. (Président, M. Hayem.) — M. Phelisse : Contribution à l'étude des myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. (Président, M. Fournier.) — M. de Holstein : Les injections d'éter iodoformé dans le traitement des abcès froids. (Président, M. Fournier.) — M. Enjalran : Etude anatomique et clinique de la glande de Luschka (Angine de Thornwaldt.)

Mardi 26. — M. Vanhaecke : Du traitement des sections tendineuses par la ténorrhaphie. (Président, M. Le Fort.) — M. Bruyelle : Conicité physiologique du moignon. (Président, M. Le Fort.) — M. Guibbaud : Des différentes méthodes de traitement du spina bifida et de l'excision en particulier. (Président, M. Lannelongue.) — M. Landouar : Une observation de myxœdème. (Président, M. Peter.) — M. Copin : Myélite interstitielle diffuse (Président, M. Proust.) — M. Thomas : De la hernie inguinale de l'ovaire. (Président, M. Proust.) — M. Delaborde : Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose. (Président, M. Jaccoud.) — M. Thominet : De l'emploi du bromure de potassium dans le diabète sucré. (Président, M. Grancher.) — M. Barès : De l'ascite chez l'enfant. (Président, M. Grancher.) — M. Vétault : Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcooliques. (Président, M. Brouardel.) — M. Gaboriaud : Essai sur la pathogénie des amyotrophies. (Président, M. Brouardel.) — M. Bourgarel : Statistique des tremblements à la Salpêtrière. Quelques considérations sur le tremblement sénile. (Président, M. Brouardel.)

Mercredi 27. — M. Filibilio : Contribution à l'étude de la folie chez les enfants. (Président, M. Damaschino.) — M. Fournier : Du traitement des métrites chroniques. (Président, M. Damaschino.) — M. Aubel : Contribution à l'étude de la pathogénie du diabète. (Président, M. Hayem.)

Jeudi 28. — M. Blaise : Impulsions. -- Amnésies. — Responsabilité chez les aliénés. (Président, M. Brouardel.) — M. Vollier : Etude clinique sur les péricardites sèches de la base. (Président, M. Brouardel.) — M. Heftler : Etude sur les relations de la phthisie pulmonaire avec les maladies du cœur. (Président, M. Brouardel.) — M. Chazeaud : Etude clinique sur le morrhuol. (Président, M. Brouardel.) — M. Abrial : Contribution à l'étude des abcès miliaires du rein dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Jaccoud.) — M. Hamon : Contribution à l'étude des céphalœmatomes. (Président, M. Tarnier.) —

M. Bordes : Ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches. (Président, M. Tarnier.) — M. Janin : Des causes de la mort dans la paralysie générale. (Président, M. Ball.) — M. Cacarrié : Essai sur les amnésies toxiques. (Président, M. Ball.) — M. Sainte-Marie : Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. (Président, M. Proust.) — M. Rayneau : Contribution à l'étude des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse. (Président, M. Le Fort.) — M. Coutenot : Des angiomes de la langue. (Président, M. Le Fort.) — M. Malet : Contribution à l'étude des abcès pulsatiles de la région précordiale. (Président, M. Le Fort.) — M. Ygouf : Essai sur la rage paralytique. (Président, M. Grancher.) — M. Persillard : Essai de diagnostic différentiel sur la chlorose et les maladies qui peuvent la simuler. (Président, M. Grancher.) — M. Lombard : Recherches sur les propriétés du salol. (Président, M. Grancher.)

Vendredi 29. — M. Weber : Une ovarite scléreuse. (Président, M. Damaschino.) — M. Vinerta : Essai sur les relations de la phthisie pulmonaire avec quelques maladies aiguës. (Président, M. Damaschino.) — M. Mavrikos : De l'érysipèle chez les nouveau-nés. (Président, M. Damaschino.) — M. Lacoste : Contribution à l'étude de la maladie de Parkinson (De quelques formes anormales). (Président, M. Damaschino.) — M. Sourice : La maladie kystique de la mamelle (Maladie de Reclus). (Président, M. Fournier.) — M. Bargy : Contribution à l'étude clinique des ostéo-sarcomes. (Président, M. Fournier.) — M. Duchesne : De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique. (Président, M. Potain.) — M. Caravias : Etudes sur les vaselines liquides comme véhicule dans la méthode hypodermique. (Président, M. Potain.) — M. Cédié : Traitement des loupes. (Président, M. Guyon.) — M. Bigorre : Considérations sur les épilepsies partielles. (Président, M. Fournier.) — M. Schrœder : Contribution à l'étude de l'ictère syphilitique secondaire. (Président, M. Fournier.)

Samedi 30. — M. Rojas : Contribution à l'étude du diabète sucré chez l'enfant. (Président, M. Grancher.) — M. Suzor : La rage. (Président, M. Grancher.) — M. Hommey : Contribution à l'étude anatomique des kystes du rein. (Président, M. Cornil.)

FORMULAIRE

Traitement de la cystite blennorrhagique. — Diday.

Pendant une matinée et à jeûn boire, toutes les demi-heures, une cuillerée à bouche de : Infusion de 3 grammes de feuilles de jusquiame dans 100 grammes d'eau bouillante. — On cesse d'en boire si, avant d'avoir terminé la dose ci-dessus, on sent la bouche sèche et un peu d'assoupissement. — Cette infusion soulage presque toujours, et guérit quelquefois des cystalgies extrêmement douloureuses. — Les applications de glace sont utiles, quand la cystite s'accompagne d'engorgement prostatique, de pertes séminales, de ténesme anal. Elles sont contre-indiquées par une disposition hémorrhoïdiaire habituelle. — Si la cystite devient chronique, on la traite par les préparations de térébenthine, les révulsifs profonds à l'hypogastre, aux lombes, au périnée; on prescrit l'usage en boisson des eaux de Contrexéville et d'Evian. On recommande, sous forme de boissons et de bains, les eaux d'Uriage, si l'on suppose que l'affection est entretenue par un principe dartreux. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le docteur Schneider, président du Congrès international d'hygiène et démographie de Vienne, a donné sa démission; il est remplacé par le professeur E. Ludwig.

— Le docteur Hoffmann, directeur de l'hôpital général de Vienne, se retire. C'est le professeur C. Böhm qui, d'après la *Wiener med. Presse*, est appelé à lui succéder.

— Les docteurs Th. Rumpf et E. Ungar, sont nommés professeurs extraordinaires à la Faculté de médecine de Bonn. — Dr Ch. S.

COURRIER

Par arrêté ministériel en date du 22 juillet 1887, M. Marie Davy, président de la Société française d'hygiène, a été nommé membre du comité chargé d'assurer la participation de la France au Congrès d'hygiène et de démographie de Vienne (Autriche), en 1887 (section d'hygiène).

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique a pris les décisions suivantes dans sa séance du jeudi 28 juillet 1887 :

1° Adoption d'un projet de règlement portant revision du régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine. En vertu de ce projet, le titre 3 du statut du 16 novembre 1874, sur les concours d'agrégation de médecine, est abrogé et remplacé par cette nouvelle disposition : « Suppression de la thèse avec argumentation ; cette épreuve est remplacée par un exposé public, fait par le candidat lui-même, de ses travaux personnels ; une demi-heure est accordée pour cette épreuve. »

2° Adoption d'un projet de décret concernant la péremption des inscriptions de stage officinal. Aux termes de ce projet, les règles de péremption établies par l'article 27 du décret du 30 juillet 1883 sont applicables aux inscriptions de stage officinal exigé des aspirants au grade de pharmacien, pendant les trois premières années d'études.

En conséquence, tout élève stagiaire qui, sans motifs valables et jugés tels par la Faculté mixte de médecine et de pharmacie ou Ecole de pharmacie, néglige, pendant deux ans, de prendre des inscriptions de stage, perd le bénéfice de l'inscription prise antérieurement et correspondant à une année de stage. Le temps passé sous les drapeaux, dans l'armée active, n'est pas compté dans le délai entraînant la péremption.

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance de lundi 25 juillet, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants :

1° Dans la section d'anatomie et zoologie. La liste des candidats avait été dressée dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Marion (de Marseille); en deuxième ligne, M. Sabatier (de Montpellier); en troisième ligne, M. Lavocat.

Le nombre des votants étant 32, M. Marion obtient l'unanimité des suffrages.

2° Dans la section de minéralogie. Les candidats sont présentés dans l'ordre ci-dessous : en première ligne, M. Scacchi (de Naples); en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. Renard (de Bruxelles) et M. Rütimeyer (de Bâle).

Le nombre des votants étant 31, majorité 16, M. Scacchi est élu par 29 suffrages contre 2 à M. Rütimeyer.

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1887 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes en 1888, aura lieu le vendredi 14 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 5 septembre jusqu'au 1er octobre inclusivement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Pailloux (de Saint-Ambreuil), décédé dans sa quatre-vingt-sixième année, et Clopin (de Saint-Jean-de-Losne).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 2 août 1887. — Après un intéressant rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur un instrument imaginé par M. le professeur Jacobelli, et destiné aux inhalations de vapeurs médicamenteuses, l'Académie a repris la discussion du surmenage. Elle a entendu MM. Lagneau, rapporteur, Peter, Luys et Javal.

M. Lagneau a donné lecture des considérants et des conclusions du rapport de la commission, puis la discussion générale a recommencé par un discours de M. Peter. Celui-ci est remonté à la tribune pour répondre à MM. Féréol et Marc Sée qui, dans la dernière séance, avaient soit nié absolument, soit considéré comme exceptionnel le fait du surmenage. Cette réponse a été entourée d'un luxe de preuves tirées soit de la pratique personnelle et même du milieu intime et familial de l'orateur, soit de la pratique de plusieurs médecins de province qui ont écrit à M. Peter des lettres entièrement confirmatives des idées qu'il défend, soit, enfin, du témoignage très significatif de l'une des victimes infortunées de ce surmenage, objet d'un scepticisme inattendu.

Ce scepticisme a trouvé de nouveaux partisans dans la personne de MM. Luys et Javal, qui ont pris la parole après M. Peter. Le premier a invoqué, contre l'existence du surmenage cérébral, des arguments tirés de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du cerveau, organe dont nul mieux que lui ne connaît assurément le fort et le faible ; le second estime, comme M. Maurice Perrin, que la céphalalgie dite du surmenage est plutôt le résultat d'une fatigue du muscle de l'accommodation ; une bonne paire de lunettes en est le meilleur traitement.

Après les discours de MM. Luys et Javal, une courte discussion s'est engagée à laquelle ont pris part MM. Féréol, Peter, Hérard et Trélat. Ce dernier a renouvelé sa protestation contre l'immixtion de l'Académie de médecine dans les questions de programmes universitaires qui sont hors de sa compétence, et déclaré nettement qu'il ne voterait pas la conclusion du rapport relative aux réformes à apporter dans l'enseignement des collèges et des lycées. Il demande que l'Académie se tienne uniquement sur le terrain de l'hygiène scolaire, le seul où sa compétence ne puisse être révoquée en doute par les pouvoirs publics auxquels on fait appel.

Il est probable que l'argumentation de M. Trélat ralliera de nombreux partisans ; elle a le mérite, en effet, de poser la question sur un terrain où l'accord est fait d'avance tout naturellement.

A la suite de ce court débat, M. le président Sappey a clos d'autorité, pour ainsi dire, la discussion générale, en proposant cette clôture devant le très petit nombre de membres qui avaient eu le courage ou la force de tenir bon jusqu'à la fin de la séance. L'Académie se composait alors d'une dizaine de membres environ, y compris le bureau ; tous les autres avaient déserté, de guerre lasse, la salle des séances ; symptôme significatif qui

indique qu'il est temps d'en finir, si l'on ne veut que la discussion s'achève dans le désert et qu'il n'y ait plus, comme on dit ailleurs, un *quorum* suffisant, pour voter les conclusions du rapport.

— A la fin de la séance, M. le docteur Le Dentu a présenté un malade auquel il a pratiqué avec succès une des opérations les plus graves de la chirurgie. On trouvera au compte rendu la relation de ce fait extrêmement intéressant. — A. T.

Basiotripsie. — Parallèle entre cette opération et la laparotomie (1).

Leçon professée le 7 juin 1887, par le docteur A. Pinard, agrégé, chargé du cours,

Rédigée par H. Stapfer, revue par A. Pinard.

Je reprends chacun de ces temps, et dans les détails qui vont suivre j'insiste seulement sur les avantages spéciaux à l'instrument, et sur la manière dont la tête doit être saisie pour que le broiement soit aussi parfait que possible.

1° Perforation. — Elle n'offre rien de particulier; mais quand elle est faite, au lieu de retirer le perforateur, vous le laissez en place *en le poussant au fond de la boîte crânienne, où un aide le maintient.*

2° Introduction et mise en place de la cuiller gauche. — *Du placement de cette cuiller dépend le succès de l'opération.* Il faut que la tête soit saisie par deux points **diamétralement** opposés.

Remarquez bien cela. Je ne dis pas : appliquez dans tous les cas les cuillers aux deux extrémités du diamètre transverse du bassin; je dis : saisissez dans tous les cas la tête par deux points **diamétralement** opposés, c'est-à-dire d'une oreille à l'autre, ou du front à l'occiput, ou d'une bosse coronale à la partie postérieure du pariétal opposé; enfin, suivant un **diamètre** quelconque.

Pour arriver à ce résultat, vous devrez tantôt laisser la cuiller en arrière, tantôt la ramener à l'extrémité du diamètre transverse du bassin. Cela dépend du rétrécissement. Lorsque le rétrécissement est considérable, la tête est souvent projetée en avant de la symphyse pubienne. Dans ce cas, si les cuillers étaient appliquées sur les côtés du bassin, la partie postérieure de la tête serait seule broyée.

Donc, retenez bien le précepte de la saisie d'un **diamètre** et rappelez-vous que j'entends par diamètre une ligne qui *passe par le centre* de l'ovoïde céphalique, ainsi divisé en deux moitiés égales.

Ne considérez pas ce précepte comme un idéal théorique. C'est une réalité clinique démontrée par tous les moulages mis, en ce moment, sous vos yeux.

Je vous ai dit, Messieurs, que du placement de la cuiller gauche dépendait le succès de l'opération. En effet, comme vous immobiliserez tout à l'heure cette branche en la fixant au perforateur, l'autre branche se placera mathématiquement au point opposé, sans quoi l'articulation ne serait pas possible. Si donc vous avez placé et maintenu la branche gauche *où elle doit être placée et maintenue,* le succès est assuré; si vous l'avez mal placée ou mal maintenue, vous ne broierez qu'un segment de l'ovoïde céphalique.

---

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Pour réussir à placer la première cuiller, vous introduisez la main, **toute la main**, y compris le pouce au besoin, dans les organes maternels. Les doigts étant dans l'orifice utérin, en contact avec la région fœtale qu'ils explorent, vous faites glisser la cuiller sur votre poignet et sur la face palmaire, à plat, en douceur, *comme un cathéter*. Vous laissez cette cuiller en arrière si la tête est projetée en avant de la symphyse pubienne, ce qui s'observe, je vous l'ai dit, dans les rétrécissements considérables; vous la ramenez, au contraire, à l'extrémité du diamètre transverse, si la tête ne fait pas saillie en avant de la symphyse.

La cuiller placée, retirez votre main. Le troisième temps commence.

3° Articulation de la cuiller gauche et du perforateur, ou petit broiement. — Pour cette articulation, le perforateur étant maintenu au fond de la boîte crânienne, inclinez-le vers la cuiller. Ne faites pas le contraire. N'inclinez pas la cuiller vers le perforateur, vous risqueriez de la déplacer. Maintenez-la ou faites-la maintenir rigoureusement.

Le perforateur et la cuiller étant articulés, vous les rapprochez avec la main ou avec une vis spéciale — c'est ce qu'on nomme petit broiement — et vous les fixez l'un à l'autre par un crochet. Ainsi réunis, ils forment une pince solide. Vous êtes certains que la tête ne fuira pas entre les cuillers au moment du grand broiement, ce qui arrive avec le céphalotribe.

4° Introduction et placement de la cuiller droite. — Vous la faites glisser, comme la première, en arrière, sur la main, **toute la main**, introduite jusque dans l'orifice utérin, et, par le mouvement de spirale classique, vous la conduisez, en douceur, *comme un cathéter*, à sa place, que vous devinez simplement. Vous n'avez pas besoin de l'explorer comme vous avez fait pour la cuiller gauche, car celle-ci étant bien placée, l'autre le sera. Elle se placera mathématiquement au point opposé, ce que vous reconnaîtrez à l'exacte correspondance du pivot et de la mortaise.

5° Articulation de la cuiller droite et des deux autres branches. — Grand broiement. — L'articulation terminée, vous broyez *lentement* au moyen d'une vis spéciale. Ici encore, rien de particulier.

6° Extraction. — Ne faites pas d'effort. Il faut que la tête soit pour ainsi dire entraînée par le poids de l'instrument, ce qui arrive si elle est aplatie comme un disque. Rappelez-vous seulement que ce disque, pour sortir, doit adapter ses grands diamètres aux grands diamètres de l'un ou des deux détroits, suivant le sens de la saisie. Vous n'aurez donc qu'à soutenir et à guider l'instrument. S'il fallait faire effort pour l'extraction de la tête, mieux vaudrait retirer l'instrument et broyer une seconde fois dans un sens diamétralement opposé.

Maintenant, Messieurs, le chef de clinique, M. Boissard, va répéter devant vous l'opération que j'ai faite il y a peu de jours. Il s'agissait, vous le savez, d'une basiotripsie pratiquée sur la tête dernière. L'opération, dans ces circonstances, présente des particularités sur lesquelles il est bon que votre attention soit appelée.

D'abord, sur quelle partie de la tête doit-on appliquer la pointe du perforateur ?

Sur l'écaille occipitale. A mon avis, c'est le lieu d'élection.

Le docteur Bonnaire, dans une thèse expérimentale, a conseillé d'attaquer la région hyoïdienne. Je ne partage pas cette opinion, qu'il a, du reste, lui-même abandonnée, si je ne me trompe.

Vous remarquerez que, pour protéger les parties maternelles contre la pointe du perforateur, M. le chef de clinique introduit la main au-dessus de l'instrument et non au-dessous, comme on le fait quand la tête se présente la première.

En effet, l'instrument ne peut glisser en arrière, car le cou du fœtus le retient; mais il pourrait s'échapper en haut.

Que votre main, en pareil cas, soit donc introduite, en pronation, la face dorsale des quatre doigts en rapport avec une des branches de l'arcade pubienne.

L'instant est venu de placer la première cuiller. Je crois que, dans les basiotripsies faites sur la tête dernière, il faut que cette cuiller soit laissée en dessous. L'autre sera ramenée en avant.

Vous voyez que, pour reconnaître l'emplacement de la cuiller, pour la guider et pour protéger le vagin et l'utérus contre toute lésion, M. le chef de clinique introduit la main, **toute la main**. Je ne saurais trop le répéter, le secret des succès dont je vous donnerai les chiffres dans un instant est là, tout entier.

La première cuiller est placée. M. Boissard a poussé au fond de la boîte crânienne le perforateur, qu'il articule maintenant avec la cuiller en prenant soin de ne pas changer celle-ci de place. Importante précaution sur laquelle j'ai insisté.

Le perforateur et la branche gauche sont à présent rapprochés et solidement unis. La tête, même si elle était mobile, ne pourrait fuir, car elle est tenue dans une pince. Appliquons la seconde branche.

La première cuiller est, comme vous voyez, en dessous du fœtus, à peu près dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche. La cuiller droite doit donc être ramenée en avant dans la direction de l'éminence iléo-pectinée droite. On doit l'introduire en arrière comme la première et la conduire à sa place par un mouvement de spirale; mais le tronc du fœtus, pendant entre les cuisses de la mère, fait obstacle.

Devais-je donc introduire d'emblée la cuiller droite en avant? Manœuvre dangereuse, difficile et le plus souvent impossible, car vous n'avez pas en avant la place suffisante pour introduire la main.

Voici ce que j'ai fait : un aide a soulevé le tronc du fœtus. J'ai introduit ma main. J'ai fait glisser la cuiller droite sur cette main, puis, pendant que l'aide abaissait le tronc du fœtus, j'ai exécuté le mouvement de spirale, et la branche est arrivée à la place qu'elle devait occuper.

M. Boissard a reproduit, sous vos yeux, ce procédé opératoire. Puis, après avoir articulé l'instrument, il a broyé la tête. Maintenant l'extraction commence. Vous le constatez, c'est à peine si l'on tire. Voyez l'instrument tourner au fur et à mesure que la tête s'abaisse. C'est le disque céphalique qui adapte ses grands diamètres aux grands diamètres du détroit inférieur.

Le dégagement est terminé. La tête, saisie comme elle devait l'être, est aplatie comme une galette.

Eh bien, que vaut cette opération? Elle a été pratiquée sur le mannequin; mais voici le moulage de la véritable opération; voici quantité d'autres moulages d'opérations semblables. Toutes ces têtes sont saisies de même façon et transformées en disques. Que sont devenues les opérées?

Je vous ai promis, Messieurs, une statistique bien différente de celles qui ont induit en erreur M. Clarke. Voici cette statistique :

J'ai pratiqué quinze fois la basiotripsie dans les conditions suivantes : enfant à terme, mère bien portante, et j'ai eu quinze fois des suites de couches physiologiques. Vous avez vu la femme qui a été le sujet de cette leçon; le lendemain de l'opération, elle déjeunait d'une côtelette; vous voyez chaque jour sa feuille de température. Elle oscille entre 36,7 et 37,2. J'aurais pu vous montrer quinze faits semblables.

L'une de mes opérées avait un bassin de 6 centimètres. Je n'exagère pas. Cette malheureuse femme, redevenue enceinte, est morte dans cet hôpital, dont je n'avais pas alors la direction. On a donc pu vérifier l'exactitude de mes mesures.

Ces quinze faits ne sont pas les seuls. Il y en a d'autres qui appartiennent soit à mon maître M. Tarnier, soit à mes collègues des hôpitaux. Les opérations ont été pratiquées dans les mêmes conditions que les miennes. En voici le relevé :

	Nombre de basiotripsies.	Succès.
Tarnier (Maternité)......................	7	7
Budin (Charité)............................	2	2
Ribemont-Dessaignes (Beaujon)............	8	8
Maygrier (Tenon et Pitié)..................	5	5
Bar (Tenon et divers hôpitaux)............	10	10
Champetier de Ribes (hôpitaux divers).......	2	2
	34	34
Pinard (Lariboisière et Clinique)............	15	15
	49	49

Ce chiffre suffit, Messieurs, pour que je sois convaincu, inébranlablement convaincu de la supériorité de la basiotripsie.

Je résume la discussion.

D'une part, M. Clarke nous présente cinq laparo-élytrotomies. Quatre fois la vessie a été ouverte. Une fois l'enfant n'a pu être extrait à travers la plaie abdominale que par la céphalotripsie Dans tous les cas, les suites ont été inquiétantes pendant plusieurs jours.

D'autre part, l'opération césarienne, si perfectionnée qu'elle ait été par Sänger, — car c'est un grand perfectionnement, — donne une mortalité de 7,6 p. 100.

Ce sont ces opérations qu'on nous propose comme opérations de choix, qu'on nous conseille dans les cas où l'embryotomie est possible, dans les cas où la basiotripsie, 49 fois pratiquée, a donné 49 succès avec des suites aussi physiologiques que dans l'accouchement le plus naturel.

Est-ce acceptable?

Non, Messieurs; jusqu'à ce que la césarienne m'offre de pareils résultats, je la considérerai comme une opération de nécessité à laquelle on est forcé de recourir dans les rétrécissements les plus extrêmes. La limite fixée par M. Tarnier est de 4 centimètres. Au-dessus de cette limite, il faut s'en tenir à la basiotripsie qui, pratiquée dans les règles et avec l'antisepsie la plus rigoureuse, n'expose la femme à aucun des accidents que lui font courir les laparotomies les mieux conduites (traumatisme, shok, hémorrhagie, etc.), *Les suites sont celles d'un accouchement physiologique*. Voilà pourquoi la basiotripsie m'inspire et doit vous inspirer une sécurité com plète.

REVUE DES JOURNAUX

Prurit de l'anus. — Le docteur Bangs fait remarquer que cette pénible et incommode affection est souvent sous la dépendance d'une irritation qui a son siège dans les organes génitaux, comme un rétrécissement de l'urèthre, un engorgement aigu ou chronique de la prostate, et que dans plusieurs cas il a obtenu la cessation du prurit par la guérison de la maladie qui en était la source. Dans un cas qui était lié à une prostatite aiguë, la terrible démangeaison a été guérie par des lavements d'eau très chaude. Dans un autre cas où un prurit intense avait résisté à tous les moyens de traitement, l'urèthre présentait une excessive sensibilité due à des excès sexuels. L'affection prurigineuse fut guérie par le passage d'une sonde et la cessation des excès. Notre confrère rapporte d'autres faits intéressants qui démontrent la liaison qui peut exister entre la démangeaison de la peau et les conditions morbides de l'appareil de la génération. (*The New-York med. Journ.*, 16 avril 1887.)

Traitement de la blennorrhagie. — On admet généralement aujourd'hui que la blennorrhagie est une maladie parasitaire. L'observation semble prouver que le parasite ne peut vivre que dans un milieu acide, et les injections avec les liquides alcalins non irritants se présentent naturellement à l'esprit. Sur cette donnée, le docteur Costellan, après s'être assuré par le papier réactif de l'acidité de muco-pus, prescrit trois ou quatre injections chaque jour avec une solution de bicarbonate de soude au centième. En général, sept ou huit jours de ce traitement suffisent pour produire une diminution notable de l'écoulement et une convalescence rapide. Ces injections font disparaître tout de suite la sensation de brûlure qui accompagne la miction. (*The med. Record*, 30 avril 1887.)

Action des amers. — Des expériences très pratiques et très utiles du professeur Botkin, à Saint-Péterbourg, ont amené notre savant confrère aux conclusions suivantes :

1. — Les amers diminuent la puissance digestive et retardent la digestion.

2. — Les amers diminuent la sécrétion du suc gastrique. S'ils font naître la sensation de la faim, ce n'est qu'en irritant la membrane muqueuse de l'estomac.

3. — Les amers n'exercent aucune influence sur la sécrétion du suc pancréatique et de la bile.

4. — Les amers non seulement ne diminuent point, mais même ils favorisent directement la fermentation dans les matières que l'estomac contient. (*The New-Orléans med. surg. Journ.*, avril 1887.) — R.

Traitement préventif de la syncope. — Le docteur Notly fait remarquer que pour combattre la syncope imminente, ce sont des applications *chaudes* qu'il faut faire sur la tête, et non des affusions froides. En effet, les applications chaudes sur la tête, dans ce cas, sont plus rationnelles que les applications froides, car elles doivent avoir pour effet la dilatation des vaisseaux de la région cérébrale. On peut, au besoin, aux applications chaudes sur la tête associer les douches froides sur la région précordiale. (*The New-Orleans med. and surgical Journ.*, avril 1887.) — R.

Santé des femmes. — Voici une statistique curieuse qui est due à Mme Lucie Hall, médecin du *Vassar College*. Notre confrère féminin, se livrant à une étude sur l'influence hygiénique des fortes études chez les femmes, à l'occasion de la remarquable diminution des nombreuses familles en Amérique, est arrivée au résultat suivant, qui mériterait d'être contrôlé : cent soixante quinze familles étudiées ont donné une moyenne de 3,2 enfants. Or, celles de ces familles qui dépassaient le plus cette moyenne, présentaient presque toutes des mères qui avaient eu une éducation très soignée et même parfois une éducation exceptionnellement élevée. L'expérience de la doctoresse Hall lui a démontré que, dans les collèges, la santé des jeunes personnes est particulièrement bonne, et même va grandissant avec le cours des études. A ce sujet, elle cite les paroles suivantes de M. Bascom, directeur de l'Université de Wiscousin : « La santé des jeunes

personnes ne s'altère point chez nous; c'est tout le contraire... Je remarque depuis longtemps qu'une jeune personne qui se sépare de la société et qui se livre judicieusement aux travaux du Collège, est dans des conditions bien meilleures pour sa santé que la grande majorité de son sexe. » (*The New-Orleans med. and surg. Journ.*, avril 1887.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 août 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ offre en hommage, en son nom et au nom de M. Yvon, un *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie.*

M. OLLIVIER offre en hommage un volume intitulé : *Etudes de pathologie et de clinique médicales.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait un rapport sur l'atmiomètre de M. le professeur Jacobelli. Voici la conclusion de ce rapport :

« Les résultats thérapeutiques obtenus par l'atmiomètre sont dans leur ensemble favorables. Les bronchites chroniques compliquées d'emphysème sont les maladies où la méthode du professeur Jacobelli a amené le plus rapidement une amélioration considérable. Dans la tuberculose, les inhalations ont produit une diminution dans l'expectoration et dans la toux; mais elles n'ont paru avoir aucune influence sur l'élément bacillaire. Par la précision que l'atmiomètre introduit dans les inhalations d'oxygène, cet appareil est appelé à rendre des services dans le traitement de la chlorose. Enfin, l'atmiomètre peut être utilisé dans le traitement des cavités closes, suppurantes ou non, en permettant d'y faire pénétrer des courants gazeux ou liquides.

« La commission est unanime à reconnaître que l'appareil Jacobelli constitue un progrès réel sur tous les instruments jusqu'ici employés dans l'atmiométrie. »

— M. LAGNEAU a la parole pour la suite de la discussion sur le surmenage :

« MM. Féréol, Lancereaux et Marc Sée, dit l'orateur, contestent, pour nos écoliers, la nocuité du surmenage, et ne tiennent aucun compte de la nocuité de la sédentarité. Suivant M. Féréol, le surmenage ne sévirait que sur les fils de diabétiques ou de tuberculeux. Cependant les observations rapportées par M. Peter et par M. Lagneau témoignent que la tuberculose, en particulier, se développe très fréquemment sous l'influence du régime scolaire actuel, par le fait de la sédentarité, chez des jeunes gens complètement indemnes de toute hérédité tuberculeuse.

« D'ailleurs, les héréditaires sont assez nombreux pour qu'on cherche à les préserver de cette nocive influence. La tuberculose à Paris entre pour 21 p. 100 (12,258 sur 57,092 décédés en 1886) dans les causes de mort de la population. En présence d'une telle mortalité par tuberculose, l'obligation imposée à nos malheureux enfants, de travailler assis durant dix à douze heures par jour, est éminemment antihygiénique. M. Lagneau regrette de voir des médecins de lycées aussi optimistes à l'égard du régime scolaire actuel que jadis des médecins de l'armée à l'égard du casernement si typhoïgène pour nos soldats.

« M. le docteur Coustan a adressé à M. Lagneau d'intéressantes mensurations prises sur des élèves de 11 à 14 ans, soit dans les lycées où les enfants ont de huit à onze heures de classes, d'études ou de devoirs de maison; soit dans les écoles primaires où les élèves ont six heures de classes ou d'études. A âge égal, ces derniers, en moyenne, ont un centimètre et demi de plus de taille, pèsent un kilogramme de plus, et ont un périmètre thoracique de dix centimètres plus considérable. »

Après ces remarques préliminaires, M. Lagneau donne lecture des considérants et de la conclusion de son rapport :

« D'abord, au nombre des principaux états morbides déterminés par le surmenage intellectuel et la sédentarité scolaires, il parle de la myopie, de plus en plus fréquente

à mesure que les élèves progressent dans leurs études, par suite de la continuité des travaux minutieux de lecture et d'écriture; — des scolioses, des déformations rachidiennes et scapulaires, dues à la station assise trop prolongée, à certains modes d'écriture motivant l'inégale élévation des épaules; — des troubles digestifs, de la nutrition insuffisante, de l'anémie, dus à l'immobilité très prolongée, à la position toujours courbée sur un pupitre; — de la phthisie si fréquente chez les jeunes gens studieux, due à cette même immobilité, à cette position courbée s'opposant à la complète expansion pulmonaire, à la plénitude de la respiration; — des troubles nerveux, de la céphalalgie, de la surexcitation nerveuse, puis de la lenteur intellectuelle, de l'hébétude, trop souvent dus à un travail cérébral prématuré, excessif et trop prolongé, etc.

« Puis, passant aux mesures hygiéniques propres à restreindre la nocuité du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, il demande qu'autant que possible l'externat soit substitué à l'internat, qui, à l'encombrement de la classe, joint l'encombrement de l'étude et du dortoir; — que les établissements d'enseignement soient, autant que possible, placés loin du centre ou hors des villes, à la campagne; — que les enfants chétifs, malingres, soient envoyés en colonies de vacances; — que le sommeil, de plus longue durée pour les enfants que pour les jeunes gens, soit pour ces derniers d'au moins huit à neuf heures; — que le lever des élèves n'ait pas lieu avant qu'il fasse jour; — que le travail intellectuel, nul dans les écoles maternelles, de une à deux heures dans les écoles enfantines, ne s'élève que de trois à huit heures progressivement à l'âge de 8 à 20 ans, sans jamais excéder huit heures par jour; — que ce travail intellectuel soit interrompu par des récréations, des exercices physiques, de sorte que les classes, de vingt à trente minutes pour les enfants, ne soient pas de plus de une heure à une heure un quart pour les jeunes gens; — que la réduction du temps donné au travail intellectuel, porte plus sur les études et les devoirs de maison que sur les classes; — que les programmes de l'enseignement dans les écoles, lycées et écoles spéciales soient réduits proportionnellement à la durée du temps donné au travail intellectuel; — que les programmes se scindent, se spécialisent afin de satisfaire aux diverses aptitudes individuelles; — que pour favoriser la manifestation et le développement de ces aptitudes, on admette l'équivalence et la suppléance des différentes matières inscrites aux programmes, plutôt que d'exiger une omniscience ne témoignant nullement d'une supériorité individuelle; — qu'aux examens généraux, encyclopédiques, et forcément aléatoires, motivant un travail excessif, peu profitable, soient substitués des examens partiels, fréquents, motivant un travail régulier, plus fructueux; — que les limites d'âge fixées pour l'admission à certaines écoles spéciales soient reculées, les intelligences supérieures n'étant pas toujours les plus précoces; — qu'en dehors des heures de sommeil, de repos, de travail intellectuel, chaque jour, de dix à six heures, suivant les âges, soient données aux jeux, chants, courses, promenades, gymnastique, exercices et manœuvres militaires; — que jamais les punitions ne privent des exercices corporels; — que les élèves soient exercés à un métier, à une profession manuelle; — que pour les jeux, la course, les promenades, les enfants aient de l'espace, de la liberté, pour qu'ils puissent y prendre plaisir; — que les exercices gymnastiques et les manœuvres militaires, rendus obligatoires, soient l'objet d'un pointage comme les autres connaissances, et deviennent dans les concours et examens une épreuve éliminatoire, afin que les candidats aient intérêt à s'y montrer habiles; — que les jeunes gens ayant acquis l'instruction militaire préparatoire durant la période scolaire, puissent espérer que plus tard ils seront d'autant moins de temps retenus à l'armée que leur instruction militaire sera plus promptement reconnue complète.

« Cet exposé des états morbides déterminés par le surmenage intellectuel et la sédentarité scolaire et des mesures hygiéniques pouvant les restreindre, a pour conclusion : « L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales, et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignement actuellement adoptés. »

M. Peter, répondant à M. Féréol, qui a dit que « le surmenage intellectuel n'existait

pas », rappelle qu'il a signalé les conséquences pathologiques du surmenage cérébral et de la claustration dans un milieu confiné. Il a insisté à dessein sur ce fait que les victimes scolaires n'étaient ni des dégénérés, ni des prédisposés; que, par conséquent, c'était bien là de la pathologie expérimentale faite sur des êtres humains.

Aux documents qui lui sont personnels, l'orateur demande la permission d'ajouter d'autres documents qui viennent à l'appui de ce qu'il a eu l'occasion de dire déjà dans cette discussion. Il donne lecture d'une lettre de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), correspondant de l'Académie, d'une lettre de M. le docteur Marais (de Honfleur), et, enfin, d'une lettre écrite par une des victimes de ce surmenage que l'on prétend nier. Ces trois lettres, que l'orateur a choisies parmi une foule d'autres, confirment de tous points les idées qu'il a émises devant l'Académie dans son premier discours.

Arrivant ensuite à l'argumentation de M. Marc Sée, qui a dit qu'il n'y avait pas plus de malades à l'infirmerie des lycées en mai, juin et juillet que dans les autres mois, M. Peter répond, avec M. Hardy, que ces malades ne se voient pas dans les lycées, mais dans leurs familles. D'ailleurs, on n'entre pas à l'infirmerie pour la céphalalgie, ni pour l'impotence cérébrale.

On a dit, ajoute l'orateur, que la discussion s'égarait et que l'Académie n'avait pas mission pour discuter des programmes d'études. C'est là du pur formalisme.

En effet, puisque ce sont ces programmes trop touffus qui causent le mal, nous devons les en accuser, et, comme ceux qui les rédigent ne sont pas sans entrailles, avertis par nous, ils les réformeront. L'Académie aura atteint son but en accomplissant sa tâche.

M. Peter pense qu'il faudrait bien se garder de supprimer, dans les conclusions de la commission, la mention du surmenage intellectuel; il n'existe que trop et constitue l'une des causes les plus actives du mal.

Ce qu'il faut demander au même titre et avec la même énergie, c'est la réforme de l'hygiène; c'est l'installation des lycées d'internes à la campagne, avec parcs comme en Angleterre, — mais pas comme aux environs de Paris, avec des parcs trompe-l'œil, dont la vue réjouit l'esprit des parents, et qui ne servent en réalité qu'au directeur et à sa famille; les enfants abîmeraient les arbres, les préaux sont assez bons pour eux!

« Ce que nous voulons, s'écrie l'orateur en terminant, c'est l'air pur dans les salles et le plein air dans les champs.

« Ce que nous voulons encore, c'est la diminution des heures de travail et l'*élagation* des programmes scolaires. Il ne faut pas qu'à la géhenne physique s'ajoute la géhenne morale! Nos enfants n'ont pas mérité ces tortures.

« Je vote pour les conclusions si sages de la commission. »

M. Luys prononce un discours dont voici les conclusions :

« 1° En résumé, dit l'orateur, je pense qu'il est indispensable de faire des réserves au sujet des rapports pathogéniques que M. Peter a cherché à établir entre le surmenage des écoliers et le développement de la tuberculose pulmonaire.

« D'après mes relevés personnels, la tuberculose me paraît excessivement rare dans certaines catégories de sujets qui appartiennent au cadre de la pathologie mentale, puisque, sur un relevé de 1,086 observations, je ne l'ai rencontré que six fois.

« 2° Les programmes d'études ne doivent pas être diminués au point de vue de la somme de travail demandée, car l'examen anatomique prouve que le cerveau d'un adolescent de 18 à 20 ans est déjà très développé et équivalent presque à un cerveau d'adulte. On peut donc lui imposer ce que comportent les progrès de la science moderne. Il serait peut-être avantageux de varier le mode de présentation des sujets d'étude, de les rendre plus agréables et plus assimilables pour l'esprit, en sollicitant plus énergiquement la personnalité consciente des jeunes enfants et en les intéressant à ce qu'ils ont à apprendre. Mais je persiste à dire qu'il ne me paraît pas convenable d'alléger les programmes et qu'il faut penser à l'avenir et à l'intérêt des générations futures, et, en interprétant les résultats qui se dégagent des recherches de Broca, avoir toujours présent à l'esprit que, si le cerveau humain est apte, de siècle en siècle, à se développer comme masse et comme volume, il est du devoir des éducateurs de la jeu-

nesse de cultiver ses richesses naturelles, de le meubler des acquisitions nouvelles et de ne pas laisser péricliter, faute de culture approfondie, les éléments de perfectionnement que porte en germe le cerveau de l'homme. »

M. Javal pense, comme M. Maurice Perrin, que la céphalalgie dont a parlé M. Peter, et qu'il a attribuée au surmenage cérébral, n'est souvent que le résultat de la fatigue des muscles de l'accommodation, que l'on guérit en faisant porter à l'enfant de bonnes lunettes. Plus il cherche, moins il trouve ce surmenage dont on parle tant et qui n'est, en somme, qu'un fait exceptionnel. Il ne votera les conclusions du rapport que si ces conclusions sont modifiées dans le sens indiqué par M. Féréol.

Quant à la myopie scolaire dont il a été si souvent question, elle n'existerait, suivant M. Javal, que lorsque certaines précautions très simples n'ont pas été prises; mais on peut laisser les enfants lire, écrire tant qu'ils veulent sans les exposer à la myopie.

M. Peter fait observer que la céphalalgie de surmenage dont il a parlé ne peut pas être attribuée à la simple fatigue de l'organe visuel, comme le fait remarquer M. Javal, puisque certains des malades dont il s'agit non seulement ne peuvent pas lire, mais sont incapables d'entendre une leçon ou la lecture d'une page d'un livre sans que, au bout de peu de temps, ils cessent de comprendre. Il faudrait donc admettre aussi une fatigue de l'appareil auditif, comme M. Javal admet une fatigue de l'organe visuel.

M. Féréol ne saurait être de l'avis de M. Peter lorsque son collègue attribue au surmenage intellectuel certains cas de fièvre typhoïde observés sur des enfants des collèges et des lycées. Ce serait, suivant lui, nier la spécificité de la maladie.

D'ailleurs, tout n'a pas été dit dans cette question du surmenage, et surtout il n'a pas été dit un mot de l'onanisme, cette plaie des collèges et dont l'influence désastreuse sur la santé des enfants ne saurait être mise en doute.

Il y aurait lieu, suivant M. Féréol, d'analyser les cas particuliers et de ne pas vouloir tout rapporter à une seule et même influence.

En ce qui concerne les programmes, ce sont moins les programmes en eux-mêmes qu'il faut accuser, que la défectuosité de leur application. En somme, l'Académie ne doit pas toucher à ces programmes; elle doit se borner aux questions d'hygiène scolaire.

M. Hérard ne partage pas l'avis de M. Féréol, lorsque son collègue déclare qu'il ne trouve aucun rapport entre le surmenage intellectuel et l'étiologie de la fièvre typhoïde. Pour lui, il estime que le surmenage, en affaiblissant l'organisme, le rend plus apte à devenir la proie des maladies infectieuses.

M. Trélat pense qu'au lieu de s'attacher aux questions qui la divisent, l'Académie devrait se borner à celles sur lesquelles tout le monde est d'accord, c'est-à-dire les questions d'hygiène scolaire. Les conclusions du rapport de la commission devraient toucher uniquement ces points et s'abstenir de toute immixtion dans les questions de programmes universitaires placées en dehors de la compétence des médecins. Pour lui, il est prêt à voter toutes les conclusions du rapport en ce qui concerne les améliorations à apporter dans l'hygiène des lycées, des collèges et des écoles, mais il se refuse absolument à voter celles qui touchent à la réforme des programmes.

M. le Président, après avoir consulté l'Académie, représentée à ce moment par quelques membres, déclare close la discussion générale.

Mardi prochain commencera la discussion des conclusions du rapport.

— M. Le Dentu présente un malade au sujet duquel il dépose une note intitulée : *Grattage d'un abcès tuberculeux du médiastin antérieur après résections de plus de la moitié du sternum et des parties voisines des deuxième, troisième et quatrième côtes.*

Il s'agit d'un homme de 47 ans, entré à Saint-Louis, le 13 avril 1886, pour une arthrite fongueuse de l'articulation de la première et de la deuxième pièces du sternum, et un commencement de tuberculisation pulmonaire. Comme cette dernière avait fait des progrès notables, et que deux fistules s'étaient formées en avant de l'articulation malade, je réséquai avec la gouge et le maillet la moitié inférieure de la première pièce

du sternum, les deux tiers supérieurs de la deuxième pièce et, latéralement, 5 centimètres des deuxièmes côtes, 4 des troisièmes, 3 des secondes. Les deux artères mammaires internes furent coupées et liées. L'abcès était fixé dans le médiastin antérieur, car j'eus à sectionner le périoste postérieur du sternum.

Après grattage des fongosités du foyer, dont il ne restait que la paroi postérieure, celle-ci se présentait sous l'aspect d'une membrane fibreuse lisse et assez ferme, sous laquelle se trouvaient immédiatement la veine-cave supérieure, la crosse de l'aorte, la base du cœur.

La cicatrisation se fit par bourgeonnement de la membrane susdite. Elle fut lente, mais, au bout de six mois, elle était complète.

L'évolution des tubercules pulmonaires s'est arrêtée et l'état général est excellent.

Le malade éprouva encore un peu, dans les deux derniers doigts de la main gauche, des sensations qui ne sont plus que des diminutifs des irradiations douloureuses dont il se plaignait avant l'opération.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Potion contre la diarrhée des enfants. — Zinnis.

Hydrolat de fenouil..................	75	grammes.
Eau de chaux.......................	6	—
Sous-nitrate de bismuth...............	3	—
Sirop de fleurs d'oranger.............	15	—

Mêlez. — Une cuillerée à café toutes les deux heures, pour combattre la diarrhée des petits enfants, quand les matières fécales sont vertes, et renferment des fragments de caséine non digérée. — L'enfant sera allaité par sa mère ou par une nourrice — Abstinence d'aliments farineux. En cas de nécessité absolue seulement, remplacement du lait maternel par du lait de vache, plus rarement du lait de chèvre. Régularité des tetées.

N. G.

COURRIER

L'inauguration de la statue de P. Broca, fondateur de la Société d'anthropologie de Paris, a eu lieu samedi dernier, 30 juillet 1887, à dix heures du matin.

Suivant la demande expresse de la famille, la cérémonie a eu un caractère tout intime; aucun discours, en réalité, n'a été prononcé. M. Ploix, en remettant à la Société la statue du savant regretté, s'est borné à dire quelques paroles comme président de la commission, pour rappeler l'origine de la souscription à laquelle ont pris part de nombreux médecins et savants français et étrangers, ainsi qu'un certain nombre de villes et de Sociétés scientifiques et médicales.

Dans une courte allocution, M. le docteur Magitot, président de la Société d'anthropologie, a remercié les membres de la commission ainsi que les artistes qui ont bien voulu faire partie du jury chargé de désigner le projet à exécuter.

Enfin M. de Quatrefages a déposé au pied de la statue de Broca deux couronnes : la première à titre de délégué de la Société des amis des sciences naturelles d'anthropologie et d'ethnographie de Moscou, la seconde comme représentant M. Anatole Bogdanow, fondateur et Président de cette Société.

La statue, érigée sur le terre-plein situé au coin de la rue de l'École-de-Médecine et du boulevard Saint-Germain, est l'œuvre de M. Paul Chopin. (*Gaz. des hôp*).

— Notre confrère, le docteur Denombré, vient de recevoir du gouvernement espagnol, la croix de commandeur de l'ordre d'Isabelle la Catholique.

— La Société française d'hygiène vient d'organiser une caravane hydrologique qui visitera sous son patronage les stations thermo-minérales du centre de la France du 31 août au 10 septembre prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Pougues, Saint-Honoré, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Vichy, Saint-Yorre, Cusset, Néris, Chatel-Guyon, Royat (ascension du Puy-de-Dôme), La Bourboule (Ascension du Puits de Sancy) et le Mont-Dore.

La Compagnie des chemins de fer de la Méditerranée a bien voulu accorder une réduction de 50 p. 100 en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans toutes les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane, de concert avec les municipalités, les établissements d'eaux minérales, le corps médical, les Sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique, car des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents.

Ceux qui désirent y prendre part devront s'adresser pour les renseignements complémentaires, au Siège de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon.

Les listes d'adhésions seront closes le 20 août.

— L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique le titre des conférences qui seront faites pendant la durée du Congrès de Toulouse, ainsi que la liste des excursions générales qui auront lieu à la même époque.

Conférences : 1° M. Fouqué, membre de l'Institut, « Les tremblements de terre » ; 2° M. Janssen, membre de l'Institut, « La photographie céleste ».

Excursions générales. — 1° Le 25 septembre 1887 : Prise d'eau du canal du Midi, Saint-Féréol, Lampy et Carcassonne ; — 2° le 27 septembre : Carmaux (mines et verrerie), Albi, Saut du Tarn et Saint-Juery.

De plus, une excursion finale est organisée dans les Pyrénées. Elle aura une durée de trois jours et comprendra : Saint-Bertrand de Comminges, Valcabrère, Mauléon-Barousse, Siradan-Sainte-Marie, Saléchan, Luchon, la Vallée du Lys, Le Portillon, Lez, Bozost, Saint-Béat. — Une excursion complémentaire est également préparée faisant suite à la précédente ; elle comprendra : Arreau, Bagnères-de-Bigorre, le Pic du Midi, Barèges, Luz, Saint-Sauveur, Gavarnie, Pierrefitte-Nestallas.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans sa séance de samedi dernier, la création, dans chaque arrondissement de Paris, d'un dispensaire pour enfants malades, suivant le modèle du dispensaire scolaire du Ier arrondissement.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Gillis, agrégé, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chalot, appelé à d'autres fonctions.

École pratique des Hautes-Études. — M. Gréhant, docteur ès sciences, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef des travaux du laboratoire de physiologie générale de l'École pratique des Hautes-Études, est nommé directeur adjoint dudit laboratoire.

— Un concours pour la place de médecin-résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, doit avoir lieu le 4 octobre 1887.

Le traitement est de 1,200 francs. Les fonctions de médecin-résidant sont de trois ans ; il est nourri, chauffé et éclairé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Schaack, ancien médecin des hôpitaux de Lyon.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Evolution du rhumatisme aigu sur différents organes internes. Observation (1).

Par le docteur Lagout (d'Aigueperse).

L'abbé desservant une commune du canton d'Aigueperse, âgé de 62 ans, d'une belle constitution pléthorique, n'en est pas moins entaché de la diathèse rhumatismale.

Le dimanche 18 avril, à quatre heures du matin, il est surpris par des frissons, puis de la fièvre et des vomissements glaireux et bilieux, je le vois dans l'après-midi du même jour, il accuse de la douleur aux deux épaules, celle de côté gauche s'irradiant au-dessous de l'aisselle jusqu'au milieu de la poitrine; du reste douleur modérée et ne s'exagérant pas sous l'influence d'une forte inspiration on par un effort de toux; la fièvre est modérée, pouls 96 et température à 38°,06, la toux et l'expectoration ne sont pas plus fréquentes qu'à l'ordinaire; la percussion, l'auscultation de la poitrine et du cœur ne fournissant que des signes négatifs; l'exploration seule de la région épigastrique et du foie provoque une sensation pénible et douloureuse, le trouble dominant est l'anorexie et les vomissements; ceux-ci provoqués par la moindre ingestion de tisane ou bouillon, n'en sont pas moins parfois spontanés, prompts, ne laissant pas au malade le temps de prendre sa cuvette et tachant le drap de lit d'une teinte bilieuse abondante; il n'y a pas de colique hépatique, l'hypersécrétion de la bile s'écoule sans rétention, la cornée n'est pas teinte en jaune, et je diagnostique une congestion du foie sollicitée par le principe morbide rhumatismal.

Prescription : embrocation huileuse sur l'épigastre et le flanc droit, orangeade à l'eau de chiendent, cataplasmes.

(1) Extrait des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat (1886-87).

FEUILLETON

CAUSERIE

Mésaventures d'un candidat à une Société savante. — Un agenda exact, S. V. P. — Où la fraîcheur s'est réfugiée. — A propos de mon idée de remplacer les lavements gazeux par autre chose.

Si ce qu'on vient de me raconter est vrai, le métier de candidat aux Sociétés savantes n'est pas toujours fleuri de roses sans épines; faire de nombreuses visites, monter un nombre double ou triple d'escaliers, cela, c'est monnaie courante du métier; mais les médecins qui vont se fourvoyer chez de futurs collègues non médecins sont quelquefois exposés à des mésaventures bien plus terribles. Lisez par exemple ce qui suit :

« Un candidat se présente chez un de ses électeurs. Première mésaventure : comme l'électeur n'était pas influent, notre candidat avait pensé qu'en faisant sa visite à l'heure du dîner il ne serait pas reçu; il déposerait sa carte, et tout serait dit; mais, l'électeur, dyspeptique renforcé, dînait à six heures d'une tasse de lait; à six heures et demie, il la digérait tranquillement, lorsqu'on lui annonça M. X... — Faites entrer. — Cher maître, je suis désolé de vous déranger; je viens vous présenter moi-même mon exposé de titres. — Prenez donc la peine de vous asseoir, cher Monsieur. — Et tout en feuille-

Le lundi 19, à mes deux visites du matin et du soir, je constate, à très peu de différence, la même situation que la veille; le matin, le pouls très régulier à 96, le soir à 100, — mêmes vomissements pas modifiés par quelques gorgées de limonade gazeuse; — dans cette journée, j'ai constaté deux crachats rouillés, sans avoir obtenu de l'auscultation d'autres renseignements que de l'obscurité relative dans le murmure vésiculaire; le mardi matin, 20, je constate : une rémission de la fièvre, pouls à 80; cessation des vomissements et de l'anorexie; le malade a déjà pris un potage avec plaisir, et sa physionomie exprime une amélioration sensible.

Cette amélioration n'est pas de longue durée; dans l'après-midi, la fièvre reparaît, en même temps que les crachats rouillés deviennent plus abondants, de plus le malade est inquiété et tourmenté par des besoins d'uriner qu'il ne peut satisfaire, mais au bout de quelques heures, à l'entrée de la nuit, les urines reprennent leur cours normal; il n'en est pas de même de la congestion pulmonaire qui va en augmentant sans frisson nouveau, sans douleurs, sans difficulté pour l'expectoration.

Le mercredi 21, je constate la fluxion de poitrine, à son apogée, la cuvette destinée à recevoir l'expectoration est à moitié pleine de crachats rouillés, l'état fébrile est le même, le pouls est à 100 et la température à 38°8; à la percussion, de la matité à la base des deux poumons, des râles muqueux à grosses bulles, surtout à la partie moyenne du poumon gauche, et obscurité du bruit respiratoire, complète à la base du côté gauche, — la respiration n'est pourtant pas gênée, l'expectoration est facile, et le malade n'accuse aucune douleur pleurétique; — il prend toujours ses potages avec plaisir, sans vomissements ni même de nausées.

A ma visite du jeudi 22, c'est la circulation qui est atteinte, le pouls est saccadé, incomptable, l'auscultation du cœur fait percevoir un tumulte indescriptible, la respiration aussi est saccadée, et le malade accuse une douleur sur laquelle il met le doigt avec précision et qui correspond à la base du cœur; la cuvette de la nuit est encore sur la table de nuit, et à moitié pleine de crachats sanguinolents.

Cette nouvelle manifestation du rhumatisme sur un organe aussi délicat que le cœur, m'oblige à déclarer à la nièce du malade mon désir d'avoir un confrère en consultation, me basant, sinon sur la probabilité, au moins sur la possibilité d'un accident funeste; le malade lui-même me désigne mon confrère Girard, de Riom, qui réunissait alors les sympathies du malade et du médecin traitant; mon premier soin fut donc de prévenir mon confrère de l'urgence de notre consultation, et, grâce à sa bienveillance confraternelle, nous nous trouvâmes réunis entre deux et trois heures le même jour;

---

tant le volumineux in-quarto qu'on lui avait remis, l'honorable académicien s'arrête brusquement : Je vois, Monsieur, que vous avez étudié longuement les maladies de l'estomac; que pensez-vous de la dyspepsie? — Oh! la dyspepsie, c'est un symptôme de bien des maladies! — Très bien, jeune homme, très bien ; mais de quelles maladies peut-on être atteint quand on est dyspeptique? Tenez, moi, par exemple, je suis dyspeptique, puisque je ne puis digérer que du lait, et encore!.... Eh bien! de quelle maladie suis-je atteint ? »

Bref, ce fut une consultation en règle, dans laquelle il fallut déshabiller, palper, percuter et ausculter en détail le thorax et l'abdomen du savant malade. Le malheureux candidat, cachant sous un sourire aimable le désir qu'il avait de filer, car on l'attendait chez lui, où il avait du monde à dîner pour de vrai, et non d'une tasse de lait, palpa et percuta avec toute la légèreté et toute la conscience dont il était capable, discuta savamment et longuement avec son client redoutable les symptômes, le diagnostic et le traitement, rédigea non moins savamment et non moins longuement une ordonnance *ad hoc*, et put enfin, une heure après, rejoindre ses convives. Il espérait bien, car jamais espoir n'avait été plus légitime, avoir conquis haut la main la voix de l'homme qu'il avait si bien examiné, lorsque celui-ci, en l'accompagnant vers la porte, lui dit, en guise de flèche du Parthe : « Vraiment, cher Monsieur, on n'est pas plus aimable, et je suis vraiment désolé d'avoir ainsi abusé de votre temps; c'est un véritable remords, car je ne puis même vous témoigner ma reconnaissance en votant pour vous : j'ai promis ma ma voix à votre concurrent, M. X...! » — Tableau !

la modification thérapeutique que j'avais instituée depuis ma visite du matin consistait en un vésicatoire sur la région précordiale et le sirop de digitale.

Le premier phénomène qui fixa mon attention à notre réunion fut le changement brusque et radical de l'expectoration; la cuvette de la nuit que l'on avait vidée à moitié pleine de crachats sanguinolents, n'en contenait plus; mon excellent confrère, consciencieux adepte de l'école organicienne, porta toute son attention, toute son intelligente investigation sur les modifications organiques, pour le poumon surtout, où il reconnut, en plus, de l'épanchement pleurétique se traduisant par de l'égophonie; quant au cœur, sa formule pathologique se traduisit par le mot : *bruit de galop.*

Je dois soumettre quelques réserves au sujet de cette expression imagée; le bruit de galop présente à l'esprit un mouvement régulier, rythmé, en trois temps, résultat du dédoublement d'un des deux bruits normaux du cœur; c'est le cheval bien dressé exécutant régulièrement cette allure de galop, sous la direction de son cavalier; mais il y a aussi le jeune poulain indompté; celui-ci n'a certes pas dans ses allures la régularité du premier, et son galop est incohérent; il se dresse, lance des ruades, fait des écarts d'un côté ou de l'autre; en un mot, c'est à cette similitude incohérente et tempêtueuse que peuvent se rapporter les bruits du cœur que nous constatons chez notre malade; nous sommes complètement d'accord pour appliquer l'expression de *grave* au pronostic; et il est convenu que l'on appliquera un nouveau et large vésicatoire à la base de la poitrine du côté gauche.

Le soir de ce même jour, vers dix heures, le malade renvoie se reposer les personnes qui sont près de lui, et ne garde que son service de nuit; une heure après environ, il est pris d'angoisses, de spasmes violents, on va réveiller l'abbé qui était venu le remplacer pour les offices de la semaine sainte, et qui lui administre les derniers sacrements; on m'envoya chercher également ainsi que le curé du canton, et quand nous arrivons vers une heure du matin, le malade était déjà mort depuis une demi-heure; la physionomie du cadavre n'avait rien de congestionné qui indique une mort par asphyxie, mais une pâleur calme avec conservation de la sérénité des traits qui résulte de la mort par syncope. — Il n'y a pas eu autopsie, c'est un usage qui n'est pas encore consacré dans nos campagnes; du reste cette investigation (*post-mortem*) qui nous éclaire et nous renseigne dans les cas de *lésions organiques*, ne présente pas le même intérêt lorsqu'il s'agit de *troubles fonctionnels;* or, dans l'observation précitée, c'est à ces troubles que doit être attribué le résultat fatal survenu, surtout lorsqu'ils se manifestent sur un organe aussi important et aussi délicat que le cœur.

---

*
* *

Le Congrès de Washington, malgré l'abaissement des tarifs des grandes compagnies de transports maritimes, ne paraît pas jusqu'ici attirer beaucoup les médecins français. Nous avions toujours mal auguré de son avenir, depuis que nous avions vu l'Association médicale américaine désavouer, à leur retour, les délégués venus à Copenhague inviter le Congrès à siéger en 1887 en Amérique. L'élite du corps médical français sera représentée par un seul professeur, M. Le Fort, deux académiciens, deux chirurgiens, un ou deux médecins, un accoucheur des hôpitaux; en revanche, beaucoup de spécialistes, jusqu'à deux dentistes, etc. Tout cela est un peu maigre.

*
* *

Qu'on me permette de signaler une lacune fort regrettable qui existe dans notre littérature : c'est l'absence d'un *Annuaire* indiquant exactement la qualité des médecins qui exercent à Paris ou en province. Beaucoup de personnes inscrites sur la liste des docteurs ne possèdent pas de diplôme de docteur en médecine d'une Faculté française; peut-être ont-elles un diplôme étranger, acheté à prix d'argent; mais alors il serait nécessaire, pour renseigner exactement le public, et le mettre en garde contre ceux qui exploitent la maxime *vulgus vult decipi*, de les éliminer de la liste des docteurs français et de les classer à part.

Cette observation nous montre bien : 1° que le principe morbide rhumatismal, si migratif de sa nature, peut évoluer sur différents organes de l'économie sans alternance avec les arthropathies ; 2° que la durée de l'évolution sur ces organes est sensiblement la même que celte que nous observons dans le rhumatisme articulaire ; ainsi la durée de la congestion rhumatismale du foie a été de quarante-huit heures, celle du poumon également, et celle du cœur n'a pas pu achever son évolution, puisque la mort est survenue vers le milieu de son cours ; 3° que la migration de l'élément rhumatismal, en abandonnant un organe pour se porter sur un autre, se manifeste par la cessation à peu près instantanée du trouble fonctionnel de l'organe abandonné, pour le solliciter chez celui sur lequel il se porte : ainsi, après les quarante-huit heures de la congestion rhumatismale du foie, cessation brusque de l'anorexie et des vomissements bilieux ; après les quarante-huit heures de la congestion pulmonaire, transformation subite de l'expectoration pneumonique.

Pendant cette période de quatre jours, occupée par le foie et le poumon, le cœur reste absolument indemne, les mouvements sont très réguliers, et le pouls se compte facilement au chronomètre ; c'est brusquement encore qu'à ma visite du matin, le cinquième jour, je trouve le désordre fonctionnel de cet organe à son comble, et c'est au trouble de cette importante fonction que doit être attribuée la mort de l'abbé, vers la fin du cinquième jour de sa maladie.

En admettant la *possibilité* de ce résultat, j'en excluais la *probabilité* dans le pronostic ; en effet, il est heureusement exceptionnel que le cœur, à son état normal, succombe dans moins de vingt-quatre heures aux troubles que lui imprime l'action nocive du rhumatisme ; il est beaucoup plus habituel de constater par l'observation que cet organe, si spécifiquement accessible à ce principe morbide, en supporte l'action avec une résistance telle, qu'il en résulte de véritables *lésions organiques ;* altérations si bien établies, quant à leur pathogénie et quant à leur diagnostic, par le professeur Bouillaud. — Mais, si, par les modifications imprimées aux bruits nor-

---

*
* *

De *Zadig*, authentique :

Un jeune pharmacien, à peine installé dans une petite ville de l'Ouest, vient faire la visite obligée au médecin.

— Les affaires marchent-elles ici, chez docteur ?

— Pas comme je le voudrais.....

— Soyez tranquille, répond le pharmacien avec un sourire diabolique, maintenant que je suis là, je vais doubler les *affaires*.

*
* *

Parlons de choses plus gaies. Par ces jours de grande chaleur qui ont fondu sur Paris et nous ont fait fondre en eau, j'ai découvert un endroit où il fait frais. Comme je ne suis pas égoïste, je vais vous l'indiquer. C'est l'Opéra... Oui, le *Grand Opéra*, comme on disait autrefois. Et je parle sérieusement. J'ai cru comme vous qu'on voulait se moquer de moi, mais j'en ai fait l'expérience personnelle et vous pouvez m'en croire. Il y a une quinzaine de jours, une ami vient me chercher sous le fallacieux prétexte de faire un tour de promenade. Nous passons devant l'Opéra : « J'ai des billets, dit-il, entrons ! — Merci bien, il y a eu assez d'étouffés comme cela à l'Opéra-Comique ! — Mais on n'étouffe pas à l'Opéra, on y est très bien ! » Notez que mon ami ne revenait ni du Tonkin ni de Madagascar, et que jusqu'alors je lui avais cru la tête bien équilibrée. Je le

maux du cœur et par l'autopsie, on a pu établir le diagnostic de l'altération organique et de la partie de l'endocarde altérée, il ne pouvait en être de même dans notre observation; et c'est donc à la physiologie pathologique que nous devons avoir recours pour chercher la raison au moins hypothétique de son résultat fatal.

Le principe morbide rhumatismal, en se portant au cœur, y détermine des troubles fonctionnels caractérisés surtout par l'incohérence et l'irrégularité de ses mouvements; c'est à l'harmonie des deux ordres de nerfs qui constituent le plexus cardiaque, le grand sympathique et la pneumogastrique, l'un excitateur, l'autre modérateur, qu'est due cette régularité que nous constatons à l'état normal; — en physiologie pathologique, l'influence de l'action congestive du principe morbide, soit directe, soit par action réflexe sur le plexus, me semble bien suffisante pour expliquer et la nature de ces troubles et leur intensité.

Déjà le docteur Martinet, inspiré par son maître le professeur Peter, dans sa thèse sur l'angine de poitrine rhumatismale, avait démontré l'influence directe du rhumatisme sur le plexus cardiaque, pour constituer l'angine de poitrine; son observation principale lui avait laissé tout le temps nécessaire pour l'analyse et pour l'induction à en tirer sous la dénomination d'angine de poitrine; pour la mienne, sous l'influence du même élément morbide, la marche a été si foudroyante que je ne puis comprendre sa fin rapide que par l'irritabilité produite sur le plexus cardiaque.

En résumé, je ne puis admettre que, dans l'espace de vingt-quatre heures, il puisse se produire une lésion organique du cœur capable d'en enrayer le mouvement si indispensable à la vie, surtout après que le même élément morbide a fait étape alternativement sur deux autres organes pendant quarante-huit heures, et que ces deux organes ont pu reprendre leur fonctionnement normal, sinon leur intégrité organique absolue.

C'est donc à l'influence nerveuse du plexus cardiaque que je crois devoir attribuer la mort par syncope observée chez notre malade. Mais la rapidité de l'évolution ne me permet pas de scinder le phénomène pour l'attribuer

---

regardais avec inquiétude; mais, voyant qu'il tenait à son idée, je le suivis pour ne pas le contrarier, bien décidé à filer par une porte latérale pendant qu'il ferait contrôler ses billets. O prodige! A peine avions-nous franchi les portes et pénétré dans le vestibule que nous sentions une fraîcheur d'autant plus délicieuse qu'elle contrastait plus vivement avec la chaleur étouffante de la place de l'Opéra. Dans la salle, même fraîcheur, accrue encore, vous ne pouvez en douter, de celle de la voix de Mme Lureau-Escalaïs, la Marguerite incomparable des *Huguenots*.

Seulement, je recommande instamment d'élargir les dégagements de l'amphithéâtre qui sont absolument insuffisants. Tout le monde est sorti des autres places, que la moitié de l'amphithéâtre est encore là, recevant la poussière des toiles dont on recouvre le velours des étages supérieurs. S'il survenait une panique, quel écrasement!

*
* *

Vous avez probablement cru, chers lecteurs, que je plaisantais en vous disant, il y a quelques semaines, qu'un de mes amis m'avait suggéré l'idée de remplacer les lavements gazeux par des aliments gazogènes, comme les haricots. Eh bien, mon idée a été présentée comme une chose sérieuse à la Société de médecine interne de Berlin par M. le professeur Ewald.

« Je ne crois pas, dit-il, que la méthode des injections gazeuses ait une base scientifique. Il n'est pas prouvé que l'hydrogène sulfuré soit résorbé dans l'intestin. Celui-ci

à un accident spécialement angineux. Il me suffit de reconnaître : 1° l'influence prépondérante de l'action du principe morbide rhumatisme; 2° que cette action étudiée et constatée au plexus cardiaque a occasionné des troubles fonctionnels, compris sous le nom d'angine de poitrine, mais il m'importe peu que ces mêmes troubles d'angine soient également le résultat de lésions anciennes d'artères coronaires ou autres.

Comme conclusion nosologique de l'observation que je viens de soumettre à la bienveillante attention de notre Société, je signalerai d'abord l'action spécifique du principe morbide, qui, évoluant sur des organes différents, ne peut légitimer sa dénomination par le nom de l'organe pour désigner la maladie; pour le rhumatisme articulaire, il est admis de dire de son malade, qu'il est atteint de *rhumatisme;* pour le même principe morbide au cœur, grâce à Bouillaud, l'endocardite rhumatismale est parfaitement admise; il en est de même pour le cerveau : rhumatisme cérébral; mais, pour le poumon, c'est différent : c'est la doctrine organicienne que l'on enseigne à la Charité; c'est la doctrine parasitaire à l'Hôtel-Dieu. — Je ne désespère pas de voir la doctrine de la spécificité morbide appliquée au poumon, soutenue en nom collectif par notre Société de médecine de Gannat; et c'est en vue de cette mission que je lui communique cette observation, type de la spécificité rhumatismale évoluant au poumon; déjà, dans le même ordre d'idées, notre collègue Girard (d'Aigueperse) nous a présenté, à notre dernière séance, une intéressante observation de la spécificité érysipèle évoluant à la face, au poumon et aux reins.

Cette question de spécificité me suggère une réflexion qui, bien que secondaire, n'en a pas moins une certaine valeur; pour le professeur Hardy, qui considère l'herpès non pas comme une spécificité morbide, mais comme un épiphénomène *surtout de la pneumonie*, il aurait pu se faire que, par hasard, l'herpès se fût montré aux lèvres de notre malade; vous pouvez penser que je n'aurais certes pas négligé ce détail s'il se fût présenté; en vous signalant son absence, au contraire, c'est un argument de plus, si mince qu'il soit, en faveur de la doctrine de la spécificité.

---

renferme normalement une proportion suffisante de ce gaz et l'on pourrait l'augmenter sans lavement : *il suffirait de faire ingérer certains légumes.* »

Je me hâte de réclamer la priorité pour cette idée, car mon feuilleton, dans lequel je l'ai lancée, est du 28 mai dernier, et c'est à la séance du 4 juillet seulement que M. Ewald l'a émise de son côté. J'ai donc trente sept jours d'avance sur lui; et il est certain qu'il a eu connaissance de mon article, car je suis très lu en Allemagne, à preuve une avalanche d'injures que j'ai reçue il y a deux ou trois ans des journalistes allemands, parce que j'avais parlé un peu trop irrespectueusement, à leurs avis, de M. de Bismark. Depuis, nous vivons en bonne intelligence, mais je ne veux pas qu'on me prenne mes idées, on ne vole que les riches. Je vais donc écrire au président de la Société de médecine interne de Berlin pour réclamer la priorité qui me revient, et poser ma candidature au titre de membre correspondant. Ce n'est pas trop demander, puisque mon idée a été trouvée bonne par M. le professeur Ewald, qui certainement me donnera son appui.

SIMPLISSIME.

SOLUTION CONTRE L'ECZÉMA DES PAUPIÈRES. — Lailler.

Acide acétique cristallisé..................	0 gr. 20 centigr.
Hydrolat de laurier-cerise.................	20 grammes.
Glycérine..	5 —

Mêlez. — Tous les jours, on badigeonne les paupières avec un pinceau un peu dur.

N. G.

Hardy, pour qui la pneumonie est une unicité phlegmasique de l'organe, ne peut considérer l'herpès autrement qu'à titre d'épiphénomène; pour moi, qui le considère comme une spécificité, je ne dois le rencontrer et je ne le rencontre que dans les pneumonies nées sous l'influence de ce principe morbide, et je ne dois pas le rencontrer, et je ne le rencontre pas dans la pneumonie rhumatismale qui fait le sujet de notre observation.

Quant à la doctrine parasitaire applicable à cette observation sous le rapport pathogénique, j'avoue une obstruction complète de mon intelligence; je ne puis donc que questionner, parce que, plus on avance en âge, plus on est avide d'apprendre :

1° Le microbe spécifique de la pneumonie, après avoir été respiré par notre malade, a dû accomplir sa destinée; est-ce le même qui a occasionné la première manifestation sur le foie, et la dernière sur l'endocarde?

2° Ce microbe *spécifique* de la pneumonie est-il susceptible de migration, aurait-on pu le constater dans les vomissements bilieux, ou dans le sang parti de l'endocarde? Ou bien aurait-on pu supposer un microbe spécial pour le foie et un autre pour l'endocarde?

3° La spécificité rhumatismale est-elle caractérisée par un microbe spécial? Et, dans ce cas, auquel des deux microbes, de celui du rhumatisme ou de la pneumonie, devrait-on attribuer la pathogénie de l'organe poumon?

La même question pouvait se poser à l'égard de l'observation de notre collègue Girard au sujet de l'érysipèle au poumon; est-ce le diplococcus de l'érysipèle ou le microbe spécifique de G. Sée qui doit s'y trouver?

En résumé, s'il existe des microbes spécifiques pour les principes morbides spécifiques, leur définition et leur constatation constituent un important progrès pour l'anatomie pathologique, attendu qu'on peut utiliser leur investigation *ante mortem*, pour le diagnostic. — Mais il ne peut y avoir de microbes spécifiques d'organes malades, attendu qu'ils ne le sont que par la multiplicité des éléments morbides qui peuvent y évoluer ou s'y fixer.

Cette tendance à la détermination des principes morbides s'affirme de plus en plus, au détriment de la doctrine organicienne; dans une récente séance de l'Académie de médecine, le docteur Villemin communiquait un intéressant travail sur l'érythème polymorphe, sa nature et son traitement spécifique, et son principal argument, pour appuyer la spécificité morbide de l'érythème, était la spécificité du traitement par l'iodure de potassium.

Communication d'autant plus intéressante que son investigation, appliquée seulement à la peau, peut s'étendre aux membranes muqueuses de nos différents organes internes, pour constituer le cadre complet des maladies ressortissant à ce principe morbide, parmi lesquelles nous trouverons les pneumonies dites catarrhales, et qui ne doivent être que sous la dépendance de ce principe morbide. Question à résoudre par l'observation.

Un cas de dissimulation de maladie, par un enfant de 10 ans.

Observation lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 25 juin 1887

Par M. le docteur Antonin Martin.

Le mardi, 5 avril 1887, vers neuf heures du soir, je fus appelé d'urgence, rue Crozatier, 19, chez le sieur F..., pour visiter son enfant, âgé de 10 ans, qui, me disait-on, avait été frappé d'un coup de pied dans le bas-ventre par son instituteur.

Je trouve le petit blessé en proie à de vives souffrances. Sa figure est pâle, contractée. Il me dit souffrir depuis quatre jours. Le vendredi, 1er avril, affirme-t-il, son instituteur lui a donné, dans l'aîne droite, un grand coup de pied qui l'a renversé sans connaissance.

Sans plus d'examen, les parents se bornèrent à lui appliquer des cataplasmes sur le bas-ventre; mais, les souffrances devenant de plus en plus intolérables, ils se décidèrent à m'appeler.

Je cherchai en vain des traces de contusion sur la région indiquée, mais je découvris un paraphimosis très prononcé. Le prépuce forme un énorme bourrelet, rouge, luisant, très douloureux, en arrière du gland tuméfié.

J'essaie doucement quelques tentatives de réduction, mais l'enfant est très indocile et, du reste, la souffrance est réellement trop vive.

N'ayant aucun aide qui puisse m'assister, je remets au lendemain l'opération nécessaire, après avoir prescrit un bain de siège à la décoction de guimauve et de pavots, des onctions sur la verge avec une pommade à la cocaïne (0,25/10) et du sirop de chloral.

Le 6 avril, l'enfant a moins souffert, la nuit a été relativement bonne.

N'ayant pour m'aider qu'un ouvrier, pensionnaire de la maison, je parviens à chloroformiser cet enfant très indocile, et j'essaie, après avoir enduit le gland et le prépuce d'une forte onction de pommade de cocaïne, d'obtenir la réduction du paraphimosis, par le procédé d'Alphonse Guérin.

De la main gauche, empoignant à pleine main la peau de la verge en arrière du prépuce, je l'attire doucement vers le gland que je malaxe et refoule lentement, de la main droite sous le prépuce.

La réduction est promptement obtenue.

Le 7 avril, notre petit malade est très gai; il a dormi toute sa nuit. La tuméfaction et la douleur du prépuce ont à peu près disparu.

Il demande à se lever; je ne lui accorde cette autorisation qu'à la condition qu'il va me dire franchement comment cet accident lui est survenu.

Il veut me recommencer la fable qu'il a racontée à ses parents, mais je l'arrête court.
« Tu vas me dire immédiatement quel est celui de tes camarades qui t'a montré à faire
« cette polissonnerie. Si tu le dis, on ne te fera rien, sinon on sera obligé de t'envoyer
« à l'hôpital.

« — Eh bien, répondit l'enfant, c'est le grand L....

« — Quel âge a-t-il ?

« — Il a 14 ans. »

Tout est rentré dans l'ordre, et les parents qui me demandaient, afin de poursuivre l'instituteur, un certificat de constatation de blessures, restent confus de la lenteur et de la négligence qu'ils ont mises à réclamer des soins médicaux.

J'attirerai, en terminant, l'attention de la Société sur l'utilité de la pommade à la cocaïne dans cette observation.

BIBLIOTHÈQUE

Du traitement opératoire radical de certaines formes de migraine, asthme, fièvre de foin, ainsi que d'un grand nombre de manifestations connexes, par le docteur Guillaume Hack. — Paris, G. Carré, 1887.

« Sont susceptibles d'un traitement radical par une opération rhino-chirurgicale, dit l'auteur dans ses conclusions, non seulement certaines inflammations catarrhales de la muqueuse d'origine réflexe (telles que des névralgies rhumatismales), mais encore des inflammations rhumatismales des articulations; en un mot, toutes ces maladies énigmatiques et obscures entre toutes, qu'on a coutume de désigner (en ne tenant compte que d'une seule, parmi des causes si nombreuses) sous le nom générique de maladies par refroidissement. »

La rhinite hyperplasique chronique peut donner lieu au cauchemar, à l'asthme, à la toux, à la migraine, à la névralgie sus-orbitaire, au gonflement et à la rougeur du nez, aux vertiges, à des accès épileptiformes; d'autre part, la congestion sexuelle de la menstruation peut aussi avoir pour conséquence une congestion semblable vers les organes érectiles du nez.

Un chapitre entier est consacré à la description du manuel opératoire. Tout ce que nous pouvons dire de ce mémoire, c'est que la pratique de l'auteur semble justifier certains points de ses conclusions et que, d'autre part, il serait utile que les rhinologistes français se donnassent la peine de contrôler ces dernières. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Strychnisme chronique, par Chouppe. — L'auteur ayant soumis pendant trois semaines un chien à des injections hypodermiques quotidiennes de chlorhydrate de strychnine à la dose de 2 à 3 milligrammes, fut surpris de constater qu'à certains jours la dose qui n'avait provoqué antérieurement que des phénomènes modérés (raideur des membres, exagération de l'excitabilité réflexe) produisait des accidents convulsifs et une imminence d'asphyxie.

M. Chouppe en conclut que la strychnine est un médicament pour lequel l'accoutumance ne s'établit pas et qu'il y a lieu par conséquent de n'en augmenter les doses qu'avec beaucoup de prudence, sous peine de voir telle dose qui avait été inoffensive les jours précédents produire inopinément les accidents les plus graves.

M. Brown Séquard a fait depuis longtemps cette remarque, mais il ne croit pas qu'il faille cependant par pusillanimité employer la strychnine à doses trop faibles; sinon les effets thérapeutiques sont nuls; or, le strychnine à dose suffisante est un précieux médicament contre les paralysies. (*Bulletin de la Soc. de biologie.*)

Moyen d'apprécier la durée du séjour des aliments dans l'estomac. — M. Ewald a pensé qu'en introduisant dans l'estomac en même temps que les aliments certaines substances qui ne s'y dissolvent pas, mais qui, au contraire, sont rapidement décomposées au contact des liquides intestinaux, on pourrait être assez exactement renseigné sur la durée du séjour des aliments dans l'estomac, par conséquent sur l'énergie de la contractilité gastrique. Or le salol, d'après Neucki, se décompose en salicyle et en phénol sous l'influence du suc pancréatique, et très rapidement on peut constater dans l'urine la présence d'acide salicyliurique. Au contraire, tant qu'il reste dans l'estomac, il demeure à l'état de salol.

M. Ewald a constaté que chez les gens qui digèrent normalement, la réaction de l'acide salicylique apparaît dans les urines entre une demi-heure et une heure après l'ingestion d'aliments mélangés de salol. Par contre, chez sept personnes atteintes de dilatation de l'estomac, l'acide salicylique n'apparut dans l'urine qu'entre deux et trois heures après l'ingestion des aliments et du salol. Quand l'expérimentateur pratiqua l'électrisation des parois gastriques ou le massage, la réaction en question apparut beaucoup plus tôt. (*Soc. de méd. berlinoise*, 15 juin 1887.) — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. Daubrée à M. le Président :

« Monsieur le Président,

« J'ai l'honneur de vous informer, comme Président honoraire de la Commission chargée d'élever une statue à Saussure dans la ville de Chamonix, que la cérémonie aura lieu le 28 août prochain.

« Nous serions heureux que l'Académie voulût bien se faire représenter à cette hommage rendu à l'illustre explorateur des Alpes.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments très dévoués.

« A. DAUBRÉE, »

— M. A. CHAUVEAU présente une note de M. Galtier, intitulée : *Dangers des matières tuberculeuses qui ont subi le chauffage, la dessiccation, le contact de l'eau, la salaison, la congélation, la putréfaction.*

« Le suc du muscle d'un animal phthisique est, comme le sang, parfois virulent, ainsi que l'ont démontré des expériences diverses, et notamment celles de M. Toussaint. Il n'y a pas longtemps encore que j'ai vu des lapins devenir tuberculeux, dans la proportion de 2 sur 3, à la suite d'injections intra-veineuses de suc musculaire de vache phthisique ou de lapin mort de tuberculose expérimentale. Il est donc démontré une fois de plus que, si la viande des bêtes phthisiques n'est pas toujours dangereuse, il y a des cas où elle l'est; et elle l'est d'autant plus sûrement, comme l'a prouvé M. Toussaint, qu'elle a été plus incomplètement chauffée ou plus incomplètement cuite dans ses parties profondes. En effet, tandis que du suc musculaire et du lait préalablement tuberculisés n'ont pas transmis la maladie aux lapins qui en ont reçu dans la veine, après un chauffage poussé jusqu'à l'ébullition, il en a été tout autrement quand ces matières avaient été soumises à une température moins élevée. Ainsi j'ai rendu tuberculeux des lapins en leur inoculant du suc musculaire et du lait chauffés à des températures qui ne dépassent pas le centre d'un gros morceau de viande cuit sur le gril ; j'ai donné la maladie à des cobayes en leur inoculant de la matière tuberculeuse qui, après avoir été enfermée dans des tubes scellés à la lampe, avait subi pendant vingt minutes un chauffage à 60°, ou pendant dix minutes un chauffage à 71°. Le conseil donné par M. Toussaint, il y a quelques années, mérite donc d'être suivi : la viande d'un animal tuberculeux ou suspect ne doit pas être mangée saignante.

« La dessiccation à une certaine température ne stérilise pas le virus tuberculeux : elle facilite même sa conservation ultérieure. Depuis longtemps déjà l'expérimentation a établi cette vérité ; et, plus d'une fois, j'ai eu, comme bien d'autres, l'occasion d'en reconnaître l'exactitude dans le cours de mes recherches. J'ai notamment fait développer la maladie en employant des matières desséchées à diverses températures inférieures à 30°, en inoculant par injection hypodermique, intra-péritonéale, intra-veineuse ou par pulvérisation dans les voies respiratoires, des matières desséchées depuis quinze jours, un mois, trente-huit jours. J'ai constaté aussi que la salaison peu prolongée ne détruit pas la virulence des matières tuberculeuses ; des cobayes, inoculés avec le produit d'organes soumis pendant quarante-huit heures à l'action du sel de cuisine employé à raison de 6 grammes pour 16 grammes de matière à saler, ont contracté la maladie. Tous ces faits sont bien de nature à légitimer les mesures que l'on tend de plus en plus à conseiller pour la destruction, la dénaturation et la désinfection des matières tuberculeuses ; et il en est de même de ceux qui suivent.

« Le séjour dans des eaux qui se renouvellent ou qui ne se renouvellent pas laisse toujours intacte la virulence tuberculeuse. Ainsi, j'ai transmis la maladie à de nombreux lapins en leur inoculant des rates tuberculeuses conservées en petits fragments pendant huit, dix, quinze, dix-sept jours dans l'eau à 3° et 8° de température et arrivés à un degré plus ou moins avancé de putréfaction. D'ailleurs, la putréfaction à l'air libre dans l'obscurité ou à la lumière respecte longtemps les germes de la tuberculose ; j'ai en effet, rendu malades et fait mourir phthisiques des cobayes et des lapins en leur inoculant soit du lait ou du petit-lait abandonné, après tuberculisation préalable, à la putréfaction pendant cinq et dix jours, soit du suc de rate ou de poumon tuberculeux en putréfaction depuis dix et vingt jours dans un milieu dont la température variait chaque jour de 8° à 20°.

« La congélation à des températures de 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° au-dessous de zéro, et la congélation alternant avec des températures diurnes de 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° au-dessus de zéro ne détruisent pas non plus le principe virulent de la phthisie. J'ai obtenu sur

des lapins de très belles tuberculoses généralisées en leur inoculant par injection intraveineuse :

« 1° De la rate de lapin tuberculeux ayant séjourné sur le rebord extérieur de la fenêtre du laboratoire pendant deux nuits et deux jours, la température nocturne étant descendue à — 3° et — 4° et la température diurne étant montée à + 3° ;

« 2° Du poumon de vache phthisique resté sur le rebord extérieur de la fenêtre du 4 au 14 février de cette année, la température du jour étant montée de + 1° à + 8°, et celle de la nuit ayant baissé de 0° à — 7° ;

« 3° De la rate de lapin soumise pendant neuf jours et neuf nuits aux mêmes variations de température ;

« 4° Du poumon de vache resté exposé aux variations précitées pendant dix-sept jours et dix-sept nuits ;

« 5° De la rate de lapin exposée dans les mêmes conditions, du 21 février au 7 mars, la température ayant oscillé entre — 4° et + 11° ;

« 6° Du poumon de vache soumis aux mêmes variations de température du 18 février au 9 mars ;

« 7° De la rate de lapin restée exposée dans les mêmes conditions du 21 février au 21 mars, la température étant descendue à — 6° le 17 et le 19 mars.

« J'ajoute que ces diverses matières étaient, en outre, plus ou moins putréfiées au moment de leur inoculation ; c'était pourtant bien la tuberculose qu'elles donnaient, car les lésions des lapins rendus malades transmettaient l'affection à d'autres, soit par inoculation directe, soit par inoculation après culture sur gélatine. Avec de la matière congelée, j'ai pareillement infecté des cobayes en l'introduisant dans les voies respiratoires avec un pulvérisateur.

« En résumé, donc, le virus de la tuberculose est doué d'un pouvoir de résistance tel, qu'il peut conserver son activité dans les eaux, dans les matières putréfiées, à la surface des objets, malgré la dessiccation, malgré les variations de température et malgré la congélation. Si l'on considère, d'autre part, que les malades excrètent souvent des quantités considérables de matière virulente, qu'ils en rejettent dans les milieux extérieurs, non seulement avec leurs produits de sécrétion pathologique, mais encore avec certains produits de sécrétion physiologique, on est bien forcé de ne pas méconnaître les dangers que créent pour l'hygiène de l'homme et des animaux les diverses matières qui peuvent contenir des agents de maladie, telles que les immondices provenant de maisons où se trouvent des personnes phthisiques et les litières, fumiers ou purins des étables où sont logés des animaux tuberculeux. Les bêtes malades souillent de leurs excrétions les divers objets qui sont à leur portée, l'eau des abreuvoirs ; leurs excréments peuvent entraîner avec eux de la matière virulente en cas de tuberculose intestinale ; il en est de même des urines, quand les reins sont envahis par les lésions. J'ai, en effet, donné la tuberculose à des lapins en leur injectant dans une veine de faibles doses d'urine recueillie dans la la vessie d'autres lapins morts de tuberculose généralisée.

« La conclusion à tirer de ce qui précède est qu'il est indispensable d'exiger la désinfection de tous les objets souillés par les animaux tuberculeux, de leurs excrétions, des locaux occupés par eux, des fumiers et des purins qui en proviennent, afin de prévenir la dissémination de la maladie et sa transmission à l'homme. »

FORMULAIRE

Pommade antiseptique. — Brondel.

Bichlorure de mercure.............	0 gr. 10 centigr.
Essence d'eucalyptus..............	10 grammes.
Vaseline..........................	100 —

F. s. a. une pommade, avec laquelle on graisse les doigts avant de pratiquer le toucher. — Pour enduire le spéculum, on emploie la même pommade, en substituant au bichlorure de mercure 10 grammes d'acide borique. — N. G.

COURRIER

MOYEN FACILE DE SE DÉBARRASSER DES COUSINS. — Il suffit de verser dans une soucoupe un peu d'eau phéniquée à 2 p. 100. Avec le bout des doigts trempés dans ce liquide, on asperge les deux côtés du traversin, le haut de la couverture, le pourtour du rideau et du mur avoisinant le lit ; on s'en applique un peu, si on veut, sur le visage, le cou ou le bout du nez, et après cela on est sûr de dormir tranquille. On a établi une sorte de ligne de défense que les terribles cousins n'osent pas franchir. (*Lyon Médical.*)

LES CENTENAIRES EN FRANCE. — La Revue d'anthropologie donne le nombre des centenaires décédés en France pendant les années suivantes :

Année 1879	38	centenaires
— 1880	31	—
— 1881	38	—
— 1882	44	—
— 1883	51	—

Asile public d'aliénés d'Armentières. — Le directeur-médecin de l'Asile public d'aliénés d'Armentières nous prie d'informer nos lecteurs qu'une *place d'interne* est vacante dans cet asile.

Bulletin bibliographique.

De la constriction métallique appliquée à la rachitomie, par le docteur R. LEFOUR, chirurgien de la Maternité de Bordeaux. — 1 vol. grand in-8° de 140 pages avec 4 gravures sur bois et une planche en chromolithographie. — Prix : 3 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

De l'incontinence nocturne d'urine essentielle, par le docteur H. PICARD.

Cet ouvrage se trouve chez Delahaye et Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine.

Conseils aux mères de famille sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes, par H. BACHELET, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. 2e édition. 1 vol. in-18 de 240 pages. — Prix : 2 fr.

Nervosisme et névroses. Hygiène des énervés et des névropathes, par le docteur A. CULLERRE. 1 vol. in-16 de la Bibliothèque scientifique contemporaine. — Prix : 3 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur Richelot, ancien président de la Société de médecine de Paris, chez G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain, 120. — Prix : 2 fr. 50.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'uréthrotomie interne chez l'enfant. — De la courbure à donner au conducteur de l'uréthrotome.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 mars 1887.

Par M. le docteur de Pezzer.

L'uréthrotomie interne est une opération qui est rarement pratiquée chez l'enfant, si nous en jugeons par le silence des auteurs et par l'absence de tout instrument pour la pratiquer dans les arsenaux de nos principaux fabricants d'instruments de chirurgie.

Nous avons, en effet, cherché en vain dans les traités des maladies chirurgicales des enfants, Guersant, Giraldès, de Saint-Germain, nous n'avons même pas trouvé mention de cette opération; même résultat négatif de nos recherches, dans les nombreux mémoires, thèses, articles de journaux, sur l'uréthrotomie interne, et dans les ouvrages consacrés aux maladies des voies urinaires. Seuls, MM. Holmes (de Londres) et Eugène Bœckel (de Strasbourg) ont fait allusion à cette opération chez l'enfant.

En parlant du rétrécissement consécutif à la rupture de l'urèthre par contusion violente du périnée, Holmes dit en effet :

« C'est dans le traitement de cette forme de rétrécissement que l'uréthrotomie interne est particulièrement applicable. L'uréthrotomie externe est toujours une opération très sérieuse et, après elle, le rétrécissement se reproduit constamment et s'accroît même encore, tandis que, à l'aide de l'uréthrotomie interne, il semble que souvent les tissus deviennent faciles à dilater et que, si l'incision pouvait ne porter que sur la cicatrice, on n'aurait à redouter aucun danger sérieux (1). »

Malheureusement Holmes, qui érige ainsi l'uréthrotomie interne en règle générale du traitement des rétrécissements cicatriciels chez l'enfant, ne rapporte aucun fait à l'appui de son opinion.

M. Bœckel, au contraire, ne donne qu'une observation relative à l'opération sans en tirer aucune remarque.

Il s'agit d'un garçon de 12 ans qui, dans une contusion violente du périnée, eut l'urèthre rompu à 12 centimètres 1/2 du méat le 30 septembre 1875.

Après des accidents primitifs assez graves, épanchement sanguin dans le périnée, rétention d'urine pour laquelle on fit quatre fois la ponction de la vessie, on pratiqua l'uréthrotomie externe, puis la dilatation avec les sondes Béniqué.

Le passage des bougies devenant de plus en plus difficile, malgré le séjour des sondes à demeure, on se décide, le 8 novembre, à pratiquer l'uréthrotomie interne.

« La bougie conductrice de l'uréthrotome, dit M. Bœckel, passe facilement à l'étonnement de tous les assistants; mais on remarque bientôt qu'elle est sortie par le périnée, où l'ancienne cicatrice de l'uréthrotomie

(1) Holmes : *Maladies chir. des enfants*, trad. franç., p. 425.

externe n'était pas, paraît-il, assez résistante. On débride un peu la fistule, et on passe un gorgeret qui aide à introduire la bougie conductrice dans l'urèthre, puis on passe l'uréthrotome en sectionnant la partie supérieure et inférieure du canal uréthral. On passe ensuite une sonde de gomme n° 16 qu'on laisse à demeure.

« Les jours suivants, on continua de passer des bougies sans accident, mais le plus souvent à l'aide du chloroforme, à cause des douleurs provoquées.

« Le 5 décembre, on passait la sonde Béniqué n° 42, sortie le 19 décembre (1). »

Comme on le voit, l'opérateur s'écarta un peu du manuel ordinaire de l'uréthrotomie interne; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce fait.

Nous avons été amené à faire ces recherches à l'occasion de deux cas de rétrécissement de l'urèthre que nous eûmes à soigner chez des enfants. Voici le résumé de leurs observations :

Observation I. — *Blennorrhagie. — Rétrécissement siégeant au collet du bulbe. — Rétention d'urine. — Dilatation. — Uréthrotomie interne.* — Constant L..., âgé de 15 ans, vient me consulter en juillet 1884. Il y a un an, il contracta une blennorrhagie avec cystite du col pendant quelques jours. Au bout de trois semaines, l'écoulement persistant, la douleur à la miction ayant en partie disparu, le malade se fit des injections qu'il répéta fréquemment, malgré les douleurs vives qu'elles produisaient, les variant souvent sur les conseils de plusieurs guérisseurs, mais sans éprouver de soulagement notable. L'écoulement durait depuis six mois lorsqu'il fut pris d'une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme vésical, cathétérisme qui fut fait avec difficulté et qui fut suivi d'une légère hémorrhagie par le canal.

C'était la première fois que le malade voyait du sang; d'ailleurs, il n'avait pas vu de femme depuis le début de sa blennorrhagie.

A partir de cette époque sont survenues des difficultés de la miction qui n'ont fait que croître de jour en jour, le malade ayant été pris à différentes reprises d'impossibilité d'uriner. Les difficultés de la miction déterminent le malade à venir me consulter le 19 juillet 1884.

Examen du malade. — Bonne santé antérieure. L'enfant est bien développé. Rien aux testicules ni à la prostate. L'urine sort par un jet très petit, et le plus souvent goutte à goutte. La miction se renouvelle fréquemment dans la journée; elle n'est pas douloureuse. La vessie n'est pas dilatée. Je pratique l'exploration du canal. L'explorateur souple à olive n° 16, après avoir donné la sensation d'un ressaut, est arrêté au collet du bulbe. Le n° 6 peut seul pénétrer dans la vessie.

C'était un malade à dilater.

Je le fis revenir tous les deux jours, et je lui passai les bougies n°s 5, 6, 7 et 8. Ce ne fut qu'à la quatrième séance que je passai le 8; le soir, il émit quelques gouttes de sang. La nuit se passa bien; mais le matin, au réveil, il ne put émettre que quelques gouttes d'urine, et cela jusqu'à trois heures de l'après-midi. A ce moment, il vient me trouver.

La vessie est tendue et douloureuse; douleur dans la région des reins et des aines. Je place une petite bougie n° 4 à demeure et j'envoie le malade au bain. L'urine s'écoule le long de la bougie et le malade passe une bonne nuit sans fièvre. Le lendemain, je retire la bougie à demeure; mais les phénomènes de congestion reparaissent, la rétention recommence et je suis obligé de remettre une bougie à demeure.

Je perds le malade de vue pendant quinze jours. Il revient le 16 août, ayant de grandes difficultés pour uriner. J'ai beaucoup de peine à introduire une bougie n° 5, et je la laisse à demeure. A la faveur de cette bougie, je puis passer des bougies plus fortes, mais la sensibilité du canal est telle, — il s'est développé, en outre, une uré-

(1) E. Bœckel : *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1876, p. 122.

thrite à la suite du séjour des bougies à demeure, — que je prends la décision de lui faire l'uréthrotomie interne, n'ayant plus d'espoir de succès dans la dilatation.

Songeant aux différences de courbures chez l'enfant et chez l'adulte, je n'étais pas sans inquiétude au sujet de la courbure du conducteur ordinaire de l'uréthrotome. J'en essayai cependant l'introduction, mais je ne pus parvenir dans la vessie. Il fallait adapter la courbure de l'instrument à la courbure anatomique du canal de l'enfant, et je fis exécuter par M. Collin l'instrument dont voici la description :

C'est le conducteur de l'uréthrotome de Maisonneuve, mais il diffère du conducteur employé chez l'adulte par sa courbure moins prononcée et se rapprochant plus de la ligne droite; celui de l'adulte correspond à un angle de 45° et le mien à un angle de 20°. De plus, la partie courbée de mon conducteur est moins longue que celle du conducteur pour adulte, la première ayant 7 centimètres et l'autre 9 centim. 1/2 à 10 centimètres.

J'opérai le jeune Constant L... chez les frères Saint-Jean-de-Dieu en octobre 1884. Après l'incision faite avec une lame du diamètre du n° 21 de la filière Charrière, plus petite par conséquent que la lame ordinaire qui a le diamètre du n° 24, je laissai une sonde n° 16 à demeure. Les suites furent extrêmement simples : j'ai passé des bougies en gomme pendant quelque temps; la dilatation s'est maintenue.

Cette observation n'est pas moins intéressante au point de vue de la pathogénie du rétrécissement qu'au point de vue de son traitement. Nous ferons remarquer d'abord la rapidité de la formation du rétrécissement blennorrhagique.

Le siège est le collet du bulbe, c'est le siège ordinaire des rétrécissements blennorrhagiques, mais il est particulier de voir un rétrécissement blennorrhagique constitué à la fin de la première année de la contagion; d'habitude, c'est trois, quatre et quelques années plus tard que le rétrécissement s'établit.

Il faut invoquer quelques causes spéciales pour expliquer cette rapidité. Il me semble qu'on puisse trouver cette cause dans le traitement primitif de la blennorrhagie. L'enfant sans expérience, et n'osant confier à personne de son entourage le secret de sa maladie, est allé frapper à toutes les portes indiquées par les grandes affiches; on lui a prescrit un grand nombre d'injections et il les a faites consciencieusement. Ne s'est-il pas par là déterminé un traumatisme suffisant pour expliquer son précoce rétrécissement?

Les cautérisations répétées ont dû créer au point d'élection, le bulbe, un tissu cicatriciel épais dont la rétraction naturelle a diminué en peu de temps le calibre de l'urèthre.

C'est six mois après la contagion qu'il a été pris de rétention d'urine; alors nouveau traumatisme occasionné par un cathétérisme forcé suivi d'un écoulement sanguin. Cette rétention est le type de ce qui survient dans les rétrécissements inflammatoires; elle est heureusement assez rarement déterminée par les malades; mais, ici, elle est occasionnée d'une façon typique et qu'on saisit en quelque sorte sur le fait : 1° chez un blennorrhagique, injections actives; 2° injections poussées d'une manière intempestive; 3° cathétérisme forcé suivi d'écoulement sanguin. A ce moment, le travail congestif diminue le calibre du canal et la rétention brusque s'explique facilement.

Quand je vis le malade, un an après le début de l'affection, la prostate était normale; il n'y a donc pas lieu de faire intervenir son inflammation pour expliquer la rétention.

Les deux points à remarquer dans cette observation, sont donc la rapidité

de la formation du rétrécissement et les conséquences du traumatisme, du cathétérisme ayant déterminé l'inflammation, puis la rétention d'urine.

La dilatation a été pratiquée par moi avec une extrême prudence, et je ne puis m'accuser d'avoir provoqué l'inflammation. Cependant la rétention a été sous la dépendance d'une congestion déterminée par un traumatisme, mais non d'un traumatisme direct.

Le rétrécissement est blennorrhagique et non traumatique, différent en cela de notre observation II.

Quant à l'uréthrotomie interne, j'ai été amené à la pratiquer chez ce malade, à cause de l'insuccès des moyens employés ordinairement en pareil cas, et que j'avais essayés antérieurement, en vain, chez un autre malade dont voici l'observation :

Obs. II. — *Diagnostic : Rétrécissement traumatique de la région périnéo-bulbaire. — Insuccès de la dilatation et de l'électrolyse. — Uréthrotomie interne. — Guérison.* — Anselme B..., âgé de 10 ans, fils de cultivateurs aisés, était en pension lorsqu'en décembre 1883, dans une bataille avec ses camarades, il fut renversé sur le dos, les jambes en l'air et écartées, et reçut un coup de pied sur le périnée.

Il ressentit une forte douleur et vit un peu de sang sur sa chemise; un peu plus tard, la miction fut possible, mais douloureuse.

On ne sait trop ce qui se passa les jours suivants ni s'il a eu de la fièvre, car le pauvre enfant n'osa pas se plaindre et ne fut pas soigné. Ce que l'on peut établir, c'est qu'il ne se forma pas de tumeur au périnée. Mais si les symptômes furent bénins, la suite en fut plus grave, car il survint un rétrécissement.

Ses parents me l'amenèrent six mois après à cause de la difficulté qu'il avait pour uriner.

A l'examen superficiel, je ne découvris rien de spécial; le périnée ne présentait aucune cicatrice, déformation ou induration. L'urine sortait par un très petit jet, les envies d'uriner étaient fréquentes, la vessie n'était pas dilatée, le toucher rectal ne donnait aucun renseignement.

J'explorai alors le canal. L'explorateur souple à olive nº 16 s'arrêta dans la région périnéobulbaire sans rien signaler jusque-là. Je ne pus faire pénétrer dans la vessie qu'une bougie filiforme nº 5.

Le rétrécissement était difficile à franchir. Je plaçai la bougie à demeure et j'obtins une très légère dilatation au bout de quelques jours. Mais la dilatation ne marchant pas assez vite, et la jeunesse du malade me détournant tout d'abord de l'uréthrotomie interne, je pratiquai l'électrolyse du rétrécissement.

Je me procurai chez M. Gaiffe un conducteur dont une partie en platine était en contact direct avec le rétrécissement; je la mis en rapport avec le pôle négatif, puis appliquant sur l'hypogastre au moyen d'une large plaque métallique le pôle positif, je fis passer un courant de 10 à 15 milliampères durant cinq minutes. Je fis plusieurs séances dans ces conditions. Malheureusement l'application de l'électrolyse est assez douloureuse, et le bénéfice qu'on en retire n'est pas proportionné à ses inconvénients. Aussi, y renonçant, je repris la dilatation simple; mais arrivé au nº 12, je ne pu plus rien gagner et je perdis l'enfant de vue pendant un certain temps.

Je revis le jeune Anselme une année après; les difficultés d'uriner recommençaient. Cette fois je venais de faire l'uréthrotomie à Constant L... (Obs. I). J'essayai le conducteur que j'avais fait faire, et je réussis l'opération. Comme dans le premier cas, les suites furent très simples sans aucune menace d'accident. La dilatation s'est maintenue à peu de chose près depuis un an.

Ainsi, chez ce malade, j'avais employé sans succès la dilatation, puis l'électrolyse. Je le perdis alors de vue, et, peu après, je fus appelé à donner des soins au malade de l'observation I. L'expérience acquise chez le malade de l'observation II, m'empêcha de revenir à l'électrolyse, après l'in-

succès de la dilatation, et celle que m'avait donnée le malade de l'observation I me permit de pratiquer l'uréthrotomie interne chez l'autre et avec le même succès.

Ces deux observations, dont la première fut recueillie entre le commencement et la fin de la seconde, se complètent donc l'une par l'autre.

Etant donné le peu d'épaisseur et de résistance de la paroi du canal uréthral chez l'enfant, je n'ai songé à la dilatation forcée et à la divulsion que pour les rejeter. Holmes donne d'ailleurs ce conseil, car on lit à la suite du passage que nous avons rapporté plus haut :

« Quant à la dilatation forcée du rétrécissement, j'ai vu un cas dans lequel elle a été rapidement suivie d'un nouveau rétrécissement plus grave encore que le premier. »

L'uréthrotomie externe n'agissant que sur une petite portion de tissu inodulaire, semble ne devoir donner qu'un succès passager, car après la cicatrisation de la plaie opératoire, le rétrécissement se reproduit rapidement. Cette rapidité doit être encore plus grande chez l'enfant que chez l'adulte à cause du calibre moindre du canal, et nous avons vu, en effet, dans l'observation de M. Bœckel que l'impossibilité de passer des bougies s'est manifestée quelques jours après la cicatrisation. Et cependant la cicatrice n'était guère solide, puisque la bougie conductrice la rompit au premier effort. Aussi les quelques faits d'uréthrotomie externe pratiqués chez l'enfant et consignés dans les thèses de MM. Reverdin et Terrillon, ne nous ont-il pas engagé à avoir recours à cette opération.

C'est alors que j'ai songé à l'uréthrotomie interne.

Les indications à remplir dans cette opération étaient fournies par le siège du rétrécissement et par la courbure de l'urèthre.

Or, le siège d'élection des rétrécissements de l'urèthre, aussi bien consécutifs à une blennorrhagie qu'à une plaie contuse, est la région périnéo-bulbaire.

La situation de l'urèthre, dans ce point, est fixe, et c'est en ce point que se forme sa courbure.

On sait, en effet, que l'aponévrose moyenne du périnée maintient la portion membraneuse ; les ligaments pubio-prostatiques et l'ensemble des aponévroses de la prostate donnent à la portion du canal qui les traverse la fixité qui lui est propre.

La courbure de l'urèthre, par suite du peu de développpement de la prostate chez l'enfant, est moins marquée que chez l'adulte, et, en tenant compte du principe de l'adaptation de la courbure des instruments à celle de l'urèthre, admis généralement depuis les recherches de Gély, il fallait donc donner au conducteur de l'uréthrotome une courbure moins prononcée que celle de l'instrument employé chez l'adulte.

Nous avous donc songé alors à faire construire un conducteur sur le modèle de l'explorateur que M. Guyon emploie pour reconnaître les calculs de la vessie chez les enfants. Mais en mesurant la courbure de cet instrument, nous avons vu qu'elle était plus prononcée encore que celle du conducteur de Maisonneuve (40° au lieu de 45°) ; de plus destinée à se mouvoir en tous sens dans la vessie, la partie courbée est très courte, elle a à peine 2 centim. 1/2. Sans doute, comme le dit M. Guyon, il n'est pas indispensable que la courbe du canal et celle de l'instrument soient absolument de même rayon, et cela est fort heureux, car, pour les opérations à

pratiquer dans la vessie, le canal doit devenir rectiligne pour épouser la forme des instruments.

Mais, dans l'uréthrotomie interne, les conditions ne sont plus les mêmes ; la fixité naturelle de l'urèthre en ce point s'augmente de la rigidité du tissu cicatriciel, et, à moins de s'exposer à faire une fausse route, il faut adapter la courbure du conducteur à celle de l'urèthre, et ne pas songer à faire épouser à celui-ci la forme du conducteur.

C'est pourquoi, après avoir essayé vainement de faire traverser le rétrécissement par le conducteur de Maisonneuve, nous avons songé à faire construire un conducteur dont la partie courbée fut moins longue, puisque la verge était plus petite et l'angle de courbure moins prononcé. Nous avons vu que cette modification nous avait donné d'excellents résultats dans nos deux observations.

Nous ne savons de quel instrument Holmes s'est servi; quant à M. Bœckel, il n'a pas eu besoin de modifier le conducteur ordinaire, puisque la bougie conductrice a traversé le périnée, et qu'on a pu ensuite, en passant par cette voie, faire pénétrer le conducteur plus loin.

Conclusions. — 1° Dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre chez l'enfant, l'uréthrotomie interne a ses applications comme chez l'adulte; il n'y a pas de contre-indication à cette opération chez l'enfant, elle peut être faite comme chez l'adulte.

2° L'instrument doit être proportionné tant dans son angle de courbure que dans la longueur de la partie courbée à la courbure du canal ; l'angle et la longueur de la courbure variant par conséquent avec l'âge du sujet.

3° La galvanocaustie ne donne pas de résultats comparables ; le peu de bénéfice qu'on retire de cette méthode n'en compense pas les inconvénients.

4° Lorsque le canal de l'urèthre est encore perméable, nous rejetons, chez l'enfant, la dilatation forcée et l'uréthrotomie externe qui sont dangereuses, alors que, depuis plus d'un an, le résultat de l'uréthrotomie interne et de la dilatation consécutive s'est maintenu chez nos deux malades.

5° Dans les cas où le conducteur de l'uréthrotome ne pourrait être introduit, l'uréthrotomie externe reste naturellement l'opération de nécessité.

Du pouls géminé comme guide dans l'administration de la digitale,

Présenté à l'Académie des sciences, séance du 1er août 1887,

Par P. Duroziez.

Dès 1850, nous avons appelé le pouls géminé pouls digitalique, tant il est fréquent à la suite de l'administration de la digitale à dose trop forte pour le malade en traitement.

Pour nous, l'apparition du pouls géminé est un avertissement de nous arrêter. Si le pouls, de régulier, devient géminé, nous n'avons rien gagné, nous eussions mieux fait de ne pas employer la digitale. Si le pouls, d'irrégulier, devient géminé, l'effet est suffisant; nous avons bien opéré, mais nous devons nous arrêter.

Le pouls géminé est constitué par des paires de pulsations composées d'une forte et d'une faible, la pulsation faible pouvant disparaître, mais existant encore au cœur. Il peut être régulier et constant; le pouls radial bat alors la moitié du pouls cardiaque. Le pouls cardiaque est géminé; le pouls radial ne l'est plus.

Il n'est pas nécessaire que le pouls géminé soit constant pour nous servir d'avertissement; même inconstant, il avertit encore.

Le pouls géminé pourrait conserver son titre, même trijugué, quadrijugué, quintijugué. Ce qui le caractérise, c'est la régularité dans l'irrégularité. Le pouls géminé serait seulement un type dont s'approcheraient plus ou moins les autres formes.

Le pouls géminé n'appartient pas à la digitale seule. On le rencontre dans l'asthme bronchique, et on l'a produit expérimentalement sur les animaux.

On l'a appelé bigéminé, alternant, hémisystolique.

Le pouls géminé existe dans les veines, mais renversé; c'est la première pulsation qui tend à disparaître.

Il est indispensable d'étudier le pouls géminé au cœur, dans les artères et dans les veines.

Le pouls géminé est un signe d'utilité pratique.

BIBLIOTHÈQUE

La pratique obstétricale. Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le docteur Crouzat. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1887.

Le petit livre du docteur Crouzat est, à notre avis, un de ceux que l'étudiant peut compter parmi les indispensables. Divisé en deux parties, il donne, dans la première, des notions élémentaires d'obstétrique (bassin, fœtus, présentations et positions, mécanisme de l'accouchement spontané) et, dans la deuxième, les manœuvres et opérations.

Conçu spécialement dans le but de fournir les premières notions d'obstétrique aux élèves qui veulent suivre les manipulations de l'Ecole pratique, il remplit, et au delà, son but et peut être lu avec grand profit même par les étudiants les plus avancés.

L'étude de l'art des accouchements est une des plus arides et des plus difficiles pour les débutants; les manuels du genre de celui dont nous parlons facilitent beaucoup le travail et, tout en exposant avec détails les choses les plus nécessaires, laissent avec raison de côté les cas rares et exceptionnels qui ne font qu'embarrasser et dérouter le commençant.

L'exposé des applications du forceps occupe à lui seul plus de cent pages, et est suivi de l'étude de l'embryotomie, de la basiotripsie et de la décollation. Il est absolument impossible d'analyser ces différents chapitres, modèles de précision et de clarté.

L'ouvrage se termine par un appendice sur la forme et l'axe du canal pelvi-génital, et par une sorte de table analytique très développée qui résume en quelques lignes claires et nettes les principales propositions de chaque chapitre.

Soixante-quinze figures intercalées dans le texte éclairent les points les plus obscurs.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Dangers de la blennorrhagie. — Le docteur Lawson Tait, dans la *Northwestern Lancet* du 1er mai 1887, s'élève contre l'opinion d'un grand nombre de médecins qui considèrent la blennorrhagie comme une maladie insignifiante. Il insiste sur ce fait que l'ancien écoulement d'un mari est souvent une cause de stérilité pour la femme, par suite de l'extension de l'inflammation spécifique du col de l'utérus aux trompes. Il peut même en résulter pour la femme un état morbide général chronique. De là des conseils importants d'hygiène au point de vue du mariage.

Le docteur Abner Post, dans le *Boston med. and surg. Journal* du 5 mai 1887, va plus loin et présente, en s'appuyant sur des faits, la blennorrhagie comme une cause fréquente de mort pour le malade lui-même. L'auteur a traité longuement ce sujet dans un mémoire intéressant; nous nous bornerons à citer le cas suivant : John E..., âgé de

25 ans, boulanger, entre à l'hôpital Saint-Georges le 25 avril. Il avait depuis quinze jours une blennorrhagie compliquée de douleurs lombaires. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, la douleur était devenue plus intense et s'était étendue aux jambes, de manière à l'empêcher de continuer son travail. Il n'avait point eu de frissons. A son entrée, il avait notablement l'aspect d'un malade fébricitant. Il ne pouvait uriner qu'avec l'aide d'une sonde. Le 1er mai, il eut du délire, des garde-robes involontaires; et il mourut huit jours après son admission. — A l'autopsie, il sortait de l'urèthre une quantité considérable de pus qui s'était accumulé autour du gland. Le rein droit était sain; dans le rein gauche, le bassin et l'uretère étaient un peu plus vasculaires qu'à l'état normal. Péritoine sain. La membrane muqueuse de l'urèthre était à peine injectée dans quelques portions. Les fibres musculaires de la vessie étaient légèrement hypertrophiées, mais n'offraient aucune trace d'inflammation. Entre la vessie et le rectum, il y avait un vaste abcès communiquant avec le plancher de la portion prostatique de l'urèthre par des ouvertures comme déchirées. Le tissu de la prostate était détruit considérablement et ulcéré par l'abcès; si l'on comprimait l'abcès, on faisait sortir le pus par les conduits prostatiques; mais dans quelques points, auprès de l'abcès, le tissu de la prostate paraissait sain. Le tissu cellulaire ambiant était épaissi. Partout ailleurs, dans le bassin, les organes étaient sains.

L'auteur reconnaît que l'abcès mortel a pu être le résultat d'une lésion produite par la sonde; et il ajoute : Quoi qu'il en soit, on ne peut nier que la blennorrhagie n'ait été la cause de la mort. A ce raisonnement pas très médical, nous répondrons également : Quoi qu'il en soit, ce fait est hautement intéressant, en ce qu'il met en lumière la nécessité des soins et des précautions dont la blennorrhagie doit être l'objet de la part des médecins et des malades. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 juillet 1887. — Présidence de M. MAGNAN.

. . . .

Internement de M. R. S. (1).

M. Paul GARNIER. — Lors de la dernière séance, M. Motet et M. Falret vous ont donné des renseignements très circonstanciés sur une affaire qui a passionné, bien à tort, l'opinion publique et à l'occasion de laquelle ils avaient été l'objet d'attaques que vous avez jugées comme il convenait ; j'ai eu, moi-même, à vous en dire quelques mots, à propos d'un rapport qui m'avait été demandé par M. le Préfet de police : je veux parler de l'internement de M. R. S... dans la maison de santé de Vanves.

Toutes les allégations aussi malveillantes qu'irraisonnées, auxquelles il a été fait allusion ici pour en montrer le néant, semblaient avoir pris fin devant l'évidence des faits, et aussi, sans doute, en l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de les raviver, lorsque, tout à coup, la mise en liberté du pensionnaire de M. Falret est venue leur apporter un regain d'âpreté et de violence.

Aussi bien, a-t-il semblé à plusieurs qu'il était utile d'entretenir la société des événements qui se sont produits depuis sa dernière réunion et de remettre, une fois de plus, les choses à leur vraie place.

L'élargissement de M. S... a prêté à des commentaires si divers et, pour la plupart fantaisistes, qu'il n'est pas inopportun de préciser dans quelles conditions il s'est effectué.

Vous n'avez peut-être pas oublié, Messieurs, que dans quelques détails où je vous exposais, après MM. Motet et Falret, les résultats de mon examen et ma manière de voir, de

(1) Nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs la plus grande partie de l'importante communication de M. P. Garnier à la dernière séance de la Soc. médico-psychol., parce qu'elle fait justice des bruits absurdes qu'ont couru et courent encore au sujet de ce fait.

tous points conforme du reste à celle de mes distingués collègues, j'ai insisté, tout spécialement, sur un fait. Frappé des allures heurtées, inégales, de la marche vraiment paroxystique, et à forme *d'ictus*, de l'affection cérébrale présentée par M. S..., je vous disais qu'il était à supposer que tout pouvait changer de face brusquement ; qu'une amélioration, presque soudaine, était une hypothèse fort vraisemblable et que, pour ma part, j'avais tenu à émettre cette prévision motivée dans mon rapport du mois de juin, en faisant clairement entendre que cette transformation se manifesterait, peut-être, dans un laps de temps qui n'excéderait pas six semaines ou deux mois, par exemple. Selon moi, il était de première importance que cela fût dit et, autant que possible avec l'indication d'une date, quelque approximatif et incertain qu'en fût le caractère.

L'événement a justifié le bien-fondé de cette supposition. Un amendement très rapide, presque subit, est intervenu dans l'état de M. S... Mais, si rapide qu'il ait été, il ne pouvait étonner les médecins qui ont attentivement examiné le malade, car je crois que nous avons été unanimes à déclarer qu'il s'agissait d'une crise délirante et, si nous étions inquiets au sujet de son intensité et des phénomènes graves qui l'ont signalée, nous devions admettre qu'elle pouvait se juger en très peu de temps, dans un sens ou dans l'autre : c'est vers une rémission très prompte que la maladie a marché. Il faut en féliciter MM. Falret et Cotard, dont les soins éclairés ont contribué à ce résultat.

C'est dans ces conditions, Messieurs, que j'ai été invité par M. le Préfet de police qui, à la suite d'une lettre fort correcte que lui avait adressée M. S..., s'était rendu à Vanves et avait été frappé, dans un long entretien qu'il avait eu avec lui, des dehors raisonnables et de la lucidité de celui qu'il avait vu si insensé quelques semaines auparavant, c'est dans ces conditions, dis-je, que j'ai été invité à procéder à un nouvel examen et à me prononcer sur la question de savoir : si oui ou non M. S... se trouvait encore sous l'empire d'un désordre mental tel qu'il fût permis d'affirmer, comme je l'avais fait au mois de juin, que sa mise en liberté constituerait un danger pour la sûreté des personnes et l'ordre public.

On a donné du rapport que j'ai remis à M. le Préfet de police des extraits plus ou moins exacts. Après la publicité énorme qu'a eue cette affaire, après les détails exposés dans la précédente séance, il ne peut y avoir le moindre inconvénient à vous en soumettre les termes véritables. Je vous demande donc la permission de vous en donner lecture.

« Monsieur le Préfet,

« Conformément aux instructions que vous m'avait fait l'honneur de me transmettre, « je me suis rendu, aujourd'hui même, à la maison de santé de M. le docteur Falret, à « l'effet de procéder à un nouvel examen de l'état mental de M. R. S..., interné dans « cet établissement, à la date du 19 mai 1887.

« Depuis la dernière visite que j'ai été appelé à faire à M. S..., un changement bien « remarquable s'est produit dans sa manière d'être. Je n'ai plus retrouvé l'excité ma« niaque, le délirant dont j'avais noté les extravagances, les propos incohérents et les « divagations ambitieuses dans un précédent rapport. Il s'est présenté avec les dehors « raisonnables et c'est en termes posés et sur un ton tranquille qu'il m'explique que, « se sentant guéri, il désire sa mise en liberté et espère qu'on pourra faire droit à sa « demande.

« M. R. S... a conscience de l'état morbide qu'il vient de traverser ; il parle de l'affec« tion cérébrale, dont il a subi le choc, en homme qui a la perception des désordres qui « en ont été la conséquence. Il ne fait aucune difficulté de reconnaître que, sous cette « influence, il a perdu la notion exacte des choses, qu'il n'était plus maître de ses idées « et de ses actes, qu'il a été le jouet d'illusions et d'hallucinations nombreuses ; il « accorde enfin, avec toutes les apparences de la sincérité, que les mesures prises à son « égard, dans le but de le traiter et de le protéger contre des entraînements irrésistibles « et dans un intérêt de sécurité sociale, étaient commandées par les circonstances, par « la gravité de sa maladie mentale ; il est heureux, ajoute-t-il, d'avoir rencontré dans « l'infortune qui l'a frappé, des médecins aussi bienveillants, aussi dévoués, dont les soins « éclairés et assidus lui ont été si utiles.

« Fait-on allusion, pour donner à l'interrogatoire une portée plus décisive, à certaines

« interprétations délirantes auxquelles M. S... s'abandonnait, tout récemment encore, « il sourit, confesse que la maladie a fait de lui, pendant ces dernières semaines, un « être extravagant!... il demande que tout cela soit oublié, puisqu'il n'y pense plus lui-« même...

« Il s'agit donc bien là d'une modification profonde. Une amélioration considérable « est incontestablement intervenue dans la situation intellectuelle de M. S..., après un « intervalle relativement court. Si surprenante, au premier abord, que puisse appa-« raître, dans sa rapidité, cette heureuse transformation, elle n'est, cependant, ni un « fait insolite en pathologie mentale, ni, d'ailleurs, un fait inattendu dans le cas « présent. Elle réalise, au contraire, — il n'est pas inutile de le rappeler, — une prévi-« sion que, pour ma part, j'avais cru devoir émettre dans un rapport antérieur où j'in-« diquais que l'accès d'aliénation, dont M. S... était atteint, pourrait bien s'atténuer « promptement et ne pas se prolonger au delà d'un délai de six semaines à deux mois, « par exemple.

« Il est certain, toutefois, que des réserves très grandes sont à faire, quant à la valeur « de la rémission qu'il m'est donné de constater dans le laps de temps signalé. La dis-« parition de l'excitation et du délire est, assurément, de date beaucoup trop récente « pour qu'on puisse, en quoi que ce soit, répondre de l'avenir cérébral, même pro-« chain, de M. S... On doit craindre que la maladie, après un temps d'arrêt plus ou « moins long, ne se remontre, soit sous forme d'un accès similaire, soit pour évoluer « d'une manière continue et progressive.

« Mais la menace d'une rechute ne détruit pas le fait même de la rémission qui s'af « firme par des signes suffisamment manifestes, bien que l'équilibre mental reste « instable et fragile. J'ajoute qu'il serait désirable que M. S... fût tenu, autant que « possible, pendant quelque temps encore, à l'abri de toutes les causes de fatigue et « d'excitation cérébrale; que sa convalescence se poursuivît dans des conditions de « repos, de calme, d'affectueuse surveillance et d'hygiène morale dont il a le plus grand « besoin. S'il existe, de ce chef, des indications spéciales, il convient de déclarer que « là ne réside point l'obligation, pour l'autorité administrative, de prolonger un inter-« nement que l'intérêt de la sécurité publique n'impose plus.

« En conséquence, et tout en formulant les plus expresses réserves au sujet de l'ave-« nir, j'estime que M. S... peut être admis à fournir la preuve, qu'il est à même de se « diriger et d'exercer un contrôle suffisant sur ses actes et qu'il y a lieu d'autoriser sa « sortie.

« A Paris, 19 juillet 1887. »

Vous le voyez, Messieurs, je n'ai point prétendu, comme on me l'a fait dire, que M. S... était tout à fait guéri; j'ai parlé d'une rémission assez marquée pour tenter un essai, rien de plus. Vous n'ignorez pas que, pour certains esprits prévenus ou décidés à présenter les faits sous le jour le plus fâcheux, la mise en liberté de M. S... prouverait qu'il a été interné sans motifs suffisants. En l'espèce, une pareille allégation équivaut à dire que toute sortie qui a lieu deux mois après le placement, fournit la démonstration de l'illégalité de l'internement. A ce compte, je le confesse les séquestrations arbitraires ne pourraient guère plus se chiffrer. Parmi ceux qui ont parlé des choses de notre profession, avec cette compétence qu'ils se reconnaissent volontiers sans qu'elle soit, pour cela, moins discutable, il en est qui se sont écriés : « La guérison de la folie en deux mois! qui pourra jamais y croire? »

J'en demande bien pardon à ces sceptiques, mais ces cas sont heureusement d'observation vulgaire et courante. Pour s'en convaincre, ils n'auraient qu'à demander à M. le Préfet de la Seine de leur permettre de feuilleter les registres mentionnant le mouvement de la population de nos asiles, les dates d'entrée et de sortie pour cause d'amélioration ou de guérison. . . . .

. . . . . L'opinion que le public se fait de l'aliénation mentale ne répond et ne peut répondre, est-il besoin de le dire, à la réalité clinique. Sa conception de la folie est une et tend toujours vers l'absolu. Ne pouvant apercevoir les espèces et les nuances, il voit là une catastrophe qui ruine irrémédiablement une intelligence. Aussi ne comprend-t-il pas ou comprend-il mal, quand l'état mental d'un même individu est, à des inter-

valles plus ou moins éloignés et à des époques différentes de l'évolution morbide, l'objet de constatations et d'appréciations dissemblables, qui trouvent, cependant, une explication naturelle et scientifique dans l'écart des dates auxquelles cet individu a été observé : la maladie a marché, s'est transformée, s'accentuant ou s'atténuant, modifiant ainsi le pronostic et les conclusions que l'on peut porter sur elle.

On ne saurait évidemment attendre du public dont je parle qu'il se montre exactement renseigné sur des questions aussi spéciales, mais est-ce être trop exigeant que de lui demander plus de ménagements, et plus de confiance aussi, à l'égard de ceux qui consacrent leur vie à cette étude et ne prennent pour conseil, dans les opinions qu'ils ont à émettre, que de leur expérience et de leur conscience?

Le cas qui nous occupe est donc ordinaire et simple, au point de vue clinique. Des intérêt divers, contradictoires, des interprétations passionnées et illogiques out pu seuls le compliquer, le revêtir des apparences les plus fâcheuses et le présenter comme un exemple des abus auxquels se prêterait la loi de 1838.

Alors que tous les médecins consultés sur l'état mental de M. S... ont été unanimes à déclarer que sa séquestration s'imposait comme une mesure indispensable, on a voulu leur prêter des opinions adverses. N'est-on pas allé jusqu'à opposer les conclusions de mon dernier rapport, à l'avis formulé deux mois auparavant par MM. Charcot, Decaisne et Motet? Avec un peu plus de réflexion et de logique, c'est, il me semble, tout d'abord avec moi-même qu'on eût dû me montrer en contradiction, si contradiction il y a ; car, si, le 19 courant, j'ai émis l'opinion qu'en présence de l'amélioratien survenue dans la situation psychique de M. S..., il n'était plus permis d'affirmer qu'il dût être considéré comme dangereux et retenu, d'office, dans un asile d'aliénés, je n'en avais pas moins formulé des conclusions toutes différentes six semaines auparavant. Bien que M. le ministre de l'intérieur en eût donné lecture à la Chambre des députés, lors de l'interpellation de M. Gaillard (de Vaucluse), je tiens à les reproduire, car l'effet produit par la récente mise en liberté de M. S... semble les avoir, tant soit peu, fait oublier.

« 1° M. S... est atteint d'excitation maniaque caractérisée par un désordre profond « dans les actes et les idées, des conceptions ambitieuses, multiples, mobiles, absurdes, « contradictoires, incohérentes.

2° Sous l'empire de cet état mental, il est incapable d'exercer un contrôle efficace sur « ses actes et son délire est de nature à le rendre dangereux pour lui-même et pour la « sûreté des personnes.

« 3° En conséquence, j'estime qu'il doit être maintenu dans un asile d'aliénés. »

Si, plus tard, je n'ai pas abouti aux mêmes déductions, est-ce donc que je me suis déjugé? Vous le penserez d'autant moins, Messieurs, que mon premier rapport laissait entrevoir la possibilité d'une modification dans la maladie, et tout naturellement dans les mesures qu'elle avait nécessitées.

C'est donc bien à tort qu'on a parlé de divergences. De même que j'ai partagé absolument l'opinion de MM. Charcot, Decaine, Laborde et Motet, lors d'un examen qui a sensiblement coïncidé avec le leur, de même je suis convaincu que mes distingués confrères m'auraient fait l'honneur d'être de mon opinion, s'ils avaient visité M. S..., le 19 courant. A des situation différentes, il n'y a donc pas eu désaccord. Entre M. le docteur Falret se disposant, dans ces derniers jours, comme il me le disait lui-même, à laisser sortir son pensionnaire pour le faire conduire à la campagne, dans un château appartenant à la famille, et n'étant arrêté momentanément dans l'exécution de ce dessein, que par la crainte d'un certain entourage dont les journaux ont beaucoup parlé, entre cette manière d'apprécier la situation et l'opinion exprimée dans mon dernier rapport, je n'aperçois pas un bien sensible écart. Que notre savant collègue ait eu ces scrupules, lui le médecin responsable vis-à-vis de la famille qui lui avait confié le malade, c'est ce que nous pouvons aisément comprendre. A coup sûr, il était en droit de craindre que M. S... ne fût pas encore bien à même de résister à des entreprises audacieuses qui voudraient s'exercer sur la débilité de son jugement et de sa volonté, et de se garder contre des entraînements fâcheux et de nature à provoquer une prompte rechute.

En résumé, Messieurs, qu'il y a-t-il en cette affaire? Un malade, reconnu tel par tous

les médecins qui ont été appelés à se prononcer sur son état, malade qu'une excitation grosse de périls obligeait à placer et à retenir, momentanément au moins, dans un asile spécial, mais qui a bénéficié d'un très rapide amendement, conformément à des prévisions très nettement formulées dès le début de la crise maniaque, amélioration qui a permis de faire l'essai d'une mise en liberté, quelque grandes et légitimes qu'aient pu être les craintes d'une rechute. Dans ce fait, je cherche en vain un motif plausible à l'ardente campagne qu'une partie de la presse politique a entreprise contre de prétendus abus, d'imaginaires violations de la liberté individuelle, et qu'elle se promet de poursuivre plus ardemment encore lors de la discussion à la Chambre des députés, de la réforme de la loi de 1838. Si l'on a quelque souci d'apporter, contre la législation actuellement en vigueur, des arguments valables et précis, il ne faudra point songer, je tiens à le dire, et c'est sur cette déclaration que je veux finir, à se servir comme d'une arme sérieuse du cas au sujet duquel je viens de vous présenter quelques explications, qui n'étaient pas superflues afin de montrer cette affaire sous son vrai jour. (*Bul. méd.*, 31 juillet.)

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

CHOLÉRA. — Une dépêche de Rome en date du 23 juillet annonçait qu'à Catane le chiffre des atteintes de choléra s'élevait à 15 ou 20 personnes par jour. Suivant la *Tribune* du 9 au 13, on constata, à Catane, 67 cas de mal asiatique et 2 morts dans les environs de cette ville ; 3 atteintes et 1 décès à Messine ; 1 cas et 1 mort à Caltanisetta et à Palerme.

Dans les troupes, où la maladie éclata tout d'abord, on comptait 117 cas et 62 décès. Bref, on cite un total de 300 cholériques en traitement à Catane.

Les canaux et égouts, qui ont été visités par une commission nommée à cet effet, étaient dans un si déplorable état que les autorités des lieux infectés reçurent un blâme sévère, à la suite duquel elles ont donné leur démission. C'est M. Noghera, commissaire du gouvernement, qui a pris en main l'administration de la ville. La pénurie de médecins se fait sentir; M. Crispi a dû inviter le professeur Argenti à se rendre à Francoforte pour donner ses soins aux cholériques. Pendant plusieurs jours, on manqua de personnel pour ensevelir les morts. Les habitants les plus aisés ont quitté la ville; quelques familles ont élu domicile sur des bateaux en rade. Les boutiques et magasins sont fermés; la cité semble désolée.

Le fléau règne dans vingt localités voisines, et notamment à Acireale, Paterno, Auderno.

Les communications par chemin de fer avec Messine sont interrompues, néanmoins le choléra s'est étendu jusqu'à Toarmino et Giardini. Plusieurs communes de l'intérieur de la Sicile ont, de leur propre autorité, voulu s'isoler. On dut recourir à la force armée pour rétablir l'ordre. — Dr Ch. S.

COURRIER

Le jury du concours pour deux places d'internes à l'hôpital Saint-André de Bordeaux vient de désigner à l'administration pour remplir ces fonctions MM. Cheminade et Rougier.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 9 août 1887. — La longue discussion du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles est enfin terminée; l'Académie a voté la conclusion de la commission ou, pour mieux dire, un amendement qui, résultant de la fusion de deux amendements présentés l'un par M. Trélat, l'autre par M. Hardy, résumait en une formule plus concise les considérants lus, dans la dernière séance, par M. Lagneau, rapporteur.

Au fond, tout le monde était d'accord, sinon sur la question du surmenage intellectuel proprement dit, — au sujet de laquelle les divers membres qui ont pris part à la discussion se sont divisés à peu près en deux camps, les uns admettant, les autres niant le surmenage, — du moins sur l'opportunité des réformes à apporter dans l'hygiène des collèges, des lycées et des écoles.

Ainsi qu'il était facile de le prévoir, c'est sur ce terrain commun de l'hygiène que devait se faire et que s'est fait l'accord définitif entre les deux camps; ils se sont fondus en un seul lorsqu'il s'est agi de formuler la conclusion pratique de cette grande discussion, celle qui devait être présentée à l'adoption des pouvoirs publics, de qui dépend en définitive le sort des réformes dont la nécessité et l'urgence étaient reconnues.

Il était bon, il était indispensable pour le succès des mesures recommandées par l'Académie que celle-ci, dans sa réponse aux pouvoirs publics qui la consultaient, leur donnât l'impression d'un accord complet, d'une véritable unanimité d'idées et de sentiments à l'égard de ces réformes de l'hygiène scolaire de toutes parts et depuis longtemps réclamées.

C'est ce que l'Académie a parfaitement compris. On était d'accord, mais on ne pouvait pas arriver à trouver la formule destinée à le constater. Deux amendements étaient en présence, l'un de M. Trélat, l'autre de M. Hardy, qui, au fond, ne différaient que par des détails, mais détails auxquels, d'un côté, on attachait beaucoup, et, de l'autre côté, très peu d'importance.

M. Trélat tenait absolument à conserver, dans son amendement, le paragraphe relatif à l'obligation imposée aux administrateurs des lycées et des collèges de l'Université, « d'entraîner », en quelque sorte, les élèves par des exercices quotidiens et variés, tels que : marches, courses, sauts, gymnastique, escrimes de toute sorte, etc., etc. D'autre part, M. Hardy semblait avoir peur qu'un pareil régime, au bout de quelques générations, n'arrivât à produire en France une véritable population d'Hercules chez lesquels la force physique aurait été développée au détriment de la capacité intellectuelle.

Au point où en était venue la discussion qui tournait sur elle-même sans avancer, le véritable problème était de trouver le moyen de marier Hercule avec Minerve. Tout le monde le sentait, mais un pareil tour de force parais-

sait bien hardi. Heureusement M. Brouardel était là, M. Brouardel dont l'esprit de ressources est au niveau des situations les plus difficiles ; il eût certainement trouvé jadis le moyen de marier le grand Turc avec la République de Venise. C'est lui que, par une heureuse inspiration, M. le président Sappey a chargé de procéder au mariage d'Hercule, représenté par M. Trélat, avec Minerve dont M. Hardy tenait la place pour la circonstance.

La cérémonie a eu lieu dans la salle de la Bibliothèque, les témoins étaient M. Lagneau, rapporteur, et M. Bergeron, secrétaire perpétuel. Après la cérémonie, lorsque les nouveaux mariés ont reparu dans la salle des séances, ils ont reçu les chaudes félicitations de toute l'Académie, qui a voté avec enthousiasme la formule de l'accord intime intervenu entre les parties.

Et voilà comment, à l'Académie, comme à la comédie, tout s'est terminé par un mariage, qui promet à la France de nombreuses générations d'hercules et de savants.

— A la fin de la séance, M. Paul Berger, chirurgien des hôpitaux, a présenté deux malades et a lu un travail très intéressant sur le traitement des pseudarthroses du fémur. — A. T.

REVUE DE CHIMIE MÉDICALE

Les réactions des liquides de l'estomac et leur valeur diagnostique.

Depuis deux à trois ans, les travaux sur les réactions des liquides de l'estomac se sont multipliés presque à l'infini par suite des rapports qu'à tort ou à raison on a établis entre la composition de ces liquides et la nature des affections pouvant frapper le ventricule. En un mot, il serait facile, dans les cas douteux, de distinguer le cancer de l'estomac de l'ulcère et des dyspepsies, et on saisit, au premier abord, l'importance que peut avoir un diagnostic précoce. Nous n'avons pas l'intention d'analyser ni même de mentionner tous les mémoires récents sur la nature, la présence ou l'absence des acides de l'estomac, ce serait nous condamner à des répétitions fatigantes et sans intérêt pour nos lecteurs ; nous voulons simplement présenter un résumé rapide des manœuvres à employer pour examiner sans difficultés le contenu de l'estomac, négligeant volontairement les procédés purement techniques dont la mise en œuvre exige un laboratoire et des connaissances spéciales. Nous nous réservons d'être moins bref lorsque nous parlerons de la valeur clinique de la réaction du liquide gastrique.

I

Pour recueillir le suc gastrique, Leube et Dujardin-Beaumetz préconisent le procédé suivant : on injecte dans l'estomac 100 c. c. d'eau glacée ; puis, dix minutes plus tard, 300 c. c. d'eau, avec lesquels on lave complètement le ventricule. D'après Lannois, on n'a pas ainsi un liquide que l'on puisse comparer au suc sécrété sous l'influence de l'alimentation, et il n'est pas rare de voir l'acide chlorhydrique y manquer, tandis qu'on le trouve en quantité normale pendant la digestion. Il vaut mieux recueillir le chyme à différents moments de la digestion choisis une fois pour toutes, ou, si on se contente d'un seul examen, le faire toujours au même moment après la fin du repas.

L'instrument conseillé pour retirer le contenu du ventricule varie un peu selon les auteurs : les uns préconisent la pompe stomacale, les autres le simple siphon. Il est évident que, habilement maniée, la première n'expose à aucun accident, mais il vaut cependant mieux, quand on est peu familier avec la petite opération, employer le siphon, toujours inoffensif, et dont le contact avec la muqueuse gastrique suffit souvent pour provoquer le vomissement.

D'après Stiénon (*Journal de médecine de Bruxelles,* mai 1887), l'aspiration peut être pratiquée sans danger de la manière suivante : l'extrémité libre de la sonde stomacale est adaptée à un tube de verre d'une longueur de 10 centimètres et de calibre égal à celui de la sonde; l'extrémité libre de ce tube de verre est raccordée à un flacon d'une contenance de 200 c. c. par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc de 50 ou 60 centimètres de longueur. Le flacon de verre est muni d'une deuxième tubulure qui est elle-même raccordée à un petit aspirateur Potain. La seringue de Potain permet de faire dans le flacon un vide progressif très lent; en observant le tube de verre qui sert de raccord à la sonde, on peut surveiller facilement l'arrivée du liquide. Quand les parois du tube de caoutchouc s'affaissent, il ne faut pas pousser le vide plus loin. Stiénon n'a jamais eu d'accidents même dans les cas d'ulcère et de cancer.

Ewald procède d'une manière très simple : il introduit une sonde de caoutchouc qu'il enfonce jusqu'à ce que son embouchure arrive au niveau des lèvres et ordonne au malade de faire un effort de vomissement. Il retire alors rapidement le tube en pinçant son orifice et, soufflant dans l'intérieur, recueille le contenu dans un verre. Dans ses dernières expériences, il n'enfonce la sonde que jusque dans l'œsophage et fait rejeter par le malade lui-même le contenu de l'estomac à l'aide de pressions exercées sur l'abdomen.

On peut aussi faire tousser le patient, ou enfin amorcer le siphon avec un peu d'eau. Cet amorçage expose à une cause d'erreur tenant à la quantité d'eau introduite qui dilue le contenu gastrique. Quelquefois, cependant, quand le liquide de l'estomac est très visqueux, il faut, même si l'on emploie l'inspiration, ajouter d'abord 50 à 100 c. c. d'eau. Du reste, cette viscosité, ainsi que le peu d'abondance du produit, rendent souvent inefficace le procédé d'Ewald.

Nous n'insisterons pas sur le procédé qui consiste à introduire dans le ventricule une éponge renfermée dans une petite capsule de gélatine ou enveloppée de cette substance. Ainsi que le fait justement remarquer M. Dujardin-Beaumetz, « la déglutition d'une éponge, qui doit rester trente minutes dans l'estomac, produit plus de nausées et de vomissements que le séjour d'une sonde ». Tout praticien possède le tube Faucher, et c'est là l'instrument qu'il faut choisir. Ajoutons qu'il ne faut jamais se servir exclusivement du vomissement spontané.

Nous avons du liquide de l'estomac, quels réactifs faut-il employer pour l'examiner? Et d'abord que cherchons-nous ?

Les recherches sur la nature du suc gastrique remontent fort loin, et il serait absolument superflu d'y insister. Depuis longtemps, la discussion était circonscrite entre l'acide chlorhydrique et l'acide lactique, l'existence du premier comme acide normal paraissant plus probable au plus grand nombre des expérimentateurs, lorsque furent publiés les travaux d'Ewald et de Boas. Dans sa communication à la Société de médecine de Berlin, le 6 janvier 1885, le premier s'exprime de la façon suivante : « Il a fait environ

un millier d'expériences en donnant aux sujets une nourriture uniforme et bien réglée, et a constaté qu'il y a trois périodes digestives. La première dure de dix à trente minutes, et est caractérisée par la présence de l'acide lactique dans l'estomac; dans la seconde, il y a à la fois de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide lactique; enfin, ce dernier disparaît dans la troisième, qui débute de trente à soixante minutes après le commencement de l'expérience. Dans l'état pathologique, les différentes périodes changent beaucoup, et la nature, la quantité, le mélange des ingesta ont aussi une grande influence. »

Un grand nombre d'expériences ont été instituées, en Allemagne, pour vérifier l'opinion d'Ewald. Nous renvoyons ceux de nos lecteurs, curieux du sujet, à la remarquable revue critique du docteur Catrin, parue dans les *Archives de médecine* d'avril et mai 1887, et dirons seulement avec lui que, « tout en comptant avec l'acide lactique, il est permis d'accorder à l'acide chlorhydrique le rôle principal dans la digestion et d'affirmer que, dans les estomacs normaux, sa présence est la règle et son absence l'exception ».

Les réactifs conseillés pour l'examen du suc gastrique sont nombreux, et ce qui résulte de la comparaison des différents travaux, c'est qu'un seul ne suffit pas pour affirmer la présence ou l'absence de l'un ou l'autre acide, et qu'il ne faut conclure qu'à la suite de plusieurs résultats à peu près concordants. Nous avons pu vérifier les réactions que nous allons énumérer, mais, comme on va le voir, elles sont presque toutes sujettes à quelques causes d'erreur.

1° On fait une solution de violet de méthyle à 2 p. 100 (0,005 p. 100 [Stiénon], ce qui vaut mieux), et on dispose parallèlement deux tubes à essai contenant chacun 50 c. c. d'eau distillée. Chaque tube ayant été coloré par deux gouttes de la solution de violet, on verse dans l'un de l'eau distillée et, dans l'autre, une quantité égale de liquide de l'estomac. Si ce dernier contient de l'acide chlorhydrique, la liqueur tourne au bleu. D'après Uffelmann, il vaudrait mieux opérer dans un vase de porcelaine. Sensibilité maximum, 0,01 à 0,06 p. 100. Ainsi que le fait remarquer Lannois, il est difficile de saisir une modification minime entre le bleu et le violet; de plus, des liquides gastriques acides et clairs ne donnant pas la réaction, la fournissent quand on les a neutralisés et filtrés de nouveau. Comme nous avons pu le vérifier après Ewald, Cahn et von Mehring, les peptones masquent l'acide; il en est de même de la salive et de la mucine au moins dans une certaine mesure. Enfin, des solutions d'acide lactique à 4 p. 1000 donnent aussi la couleur bleue; cette proportion, il est vrai, est bien plus forte que celle d'acide chlorhydrique nécessaire. En fait, nous sommes de l'avis de l'agrégé de Lyon, lorsqu'il dit que le violet de méthyle n'est pas un réactif auquel on puisse se fier.

2° On dissout 1 gramme d'orangé Poirrier n° 4 (équivalent à la tropœoline 00 allemande) dans 100 c. c. d'eau distillée. Puis plaçant des verres de montre sur un fond blanc, dans l'un on met de l'eau distillée et dans l'autre une quantité égale du liquide à examiner. Dans le cas où ce dernier renferme de l'acide chlorhydrique, le mélange avec quelques gouttes de la solution d'orangé prend une couleur variant du rouge carmin au brun sombre, selon la proportion d'acide. Avec l'acide lactique, dont une petite quantité ne gêne pas la réaction précédente, la couleur devient jaunâtre. Dujardin-Beaumetz regarde ce mode de recherches comme très sensible, quoique les peptones gênent la réaction. Excellent réactif tant que la pro-

portion d'acide chlorhydrique n'atteint pas 0,5 p. 1000; au delà ne différencie pas d'avec les acides organiques.

3° On fait une solution à 2 ou 4 p. 100 d'acide phénique dans l'eau, et on ajoute une ou deux gouttes de perchlorure de fer, on obtient une liqueur améthyste qu'il faut préparer au moment du besoin vu son instabilité. L'acide chlorhydrique la décolore ou donne une teinte gris d'acier, et l'acide lactique lui donne une coloration jaune. La réaction peut être troublée par la précipitation d'albuminoïdes et de phosphates, et, de plus, il faut bien s'assurer que le liquide examiné est acide, car, dans le cas contraire, la couleur jaune sale apparaîtrait; il y aurait aussi coloration jaune par une grande quantité d'acide chlorhydrique ou d'acide organique. Ce procédé est certainement un des meilleurs pour distinguer l'acide lactique (Uffelman).

4° Lépine, Simonin et Lannois recommandent beaucoup le vert brillant (1) dont la solution étendue est bleue. A 4 ou 5 c. c. du liquide contenant de l'acide chlorhydrique, on ajoute 2 à 3 gouttes de la solution; pour 0,1875 p. 1,000 d'acide, il se produit une teinte verte; pour des quantités plus élevées, cette teinte tourne au jaune, qui devient manifeste à 1,5 p. 1,000. L'acide lactique ne gêne pas, mais ne peut être recherché par ce réactif. M. Lannois, qui a étudié soigneusement la solution de vert brillant, a reconnu que les causes d'erreur sont très minimes.

Nous ne croyons pas devoir nous occuper des autres réactifs plus ou moins discutés et conclurons en disant que si l'orangé Poirrier n° 4, le réactif d'Uffelman et le vert brillant donnent des résultats concordants, on peut se baser sur eux pour établir le diagnostic. La quantité exacte d'acide ne peut être établie que par un dosage acidimétrique ordinaire et échappe par conséquent à la constatation habituelle.

II

Lorsque l'on examine les liquides de l'estomac, on peut constater soit la diminution ou la disparition de leur réaction acide, soit au contraire accentuation de cette réaction.

Les recherches les plus nombreuses ont été poursuivies sur les cas où il y avait diminution et surtout disparition de l'acide chlorhydrique. En Allemagne, nous avons à citer les noms de Von den Velden, Leube, Ewald, Riegel, Cahn et Mehring, Thiersch, etc. En janvier 1886, Ewald disait : « Dans six cas de carcinome, l'acide chlorhydrique manquait et l'acide lactique existait toujours; dans un septième cas de diagnostic douteux, il y avait de l'acide chlorhydrique. Donc, quand ce dernier acide existe chez un malade que l'on regarde comme carcinomateux, il faut changer son diagnostic. » Riegel a rapporté un nombre considérable d'observations où l'acide chlorhydrique manquait et dans lesquelles l'autopsie a permis de vérifier le diagnostic de carcinome. Il y a évidemment des exceptions, et Ewald lui-même a publié un cas d'ulcère duodénal avec dégénération de la muqueuse gastrique où l'acide chlorhydrique avait toujours manqué pendant la vie.

De l'autre côté du Rhin, Cahn et Mehring sont les contradicteurs les plus catégoriques, puisque, d'après leurs recherches de laboratoire, dans six car-

(1) Durand-Huguenin, à Lyon.

cinomes; la présence de l'acide chlorhydrique était la règle, l'absence l'exception!

En France, la question a été surtout étudiée par Dujardin-Beaumetz, Debove et Lépine. Tandis que ce dernier tend à admettre (observation discutable de la thèse de Simonin) que la constatation de l'acide a peu de valeur, les médecins dont nous venons de parler professent une opinion toute différente. M. Debove reconnaît parfaitement (observations de Roose et de plusieurs autres) que l'acide chlorhydrique peut persister jusqu'à la mort dans le liquide stomacal des cancéreux, mais il maintient que son absence est la règle. L'expérience suivante due à M. Catrin peut paraître démonstrative : on prend, dans le service de M. Debove, huit malades atteints d'affections gastriques; on met dans huit verres différents et sans indication de diagnostic du suc gastrique de chacun d'eux, les verres étant numérotés. On arrive au résultat suivant : Les n°s 3, 4, 10, 14, 39 ont de l'acide chlorhydrique dans leur suc gastrique (épreuve par le méthyle violet, la tropœoline, le rouge du Congo). Les n°s 12, 13, 33 n'ont pas d'acide chlorhydrique. Les cinq premiers malades sont des dyspeptiques ou des dilatés. Les trois derniers sont des cancéreux.

Il est évident que l'acide chlorhydrique peut manquer chez des malades qui ne sont pas cancéreux. Les principales observations portent sur des cas d'atrophie de la muqueuse (Riegel, B. Lewy), de fièvre typhoïde (Von den Velden, Edinger), d'anémie pernicieuse (Cahn et Van Mehring), d'empoisonnement par le phosphore (*Idem*). D'après Jaworski (cité par Lannois), on peut observer son absence dans l'alcoolisme, après une médication alcaline très prolongée et chez des vieillards.

Dans la dilatation, Ewald, au début de ses recherches, admet « que les réactions restent normales, et que les troubles digestifs observés parfois sont surtout dus à la stagnation des aliments dans le ventricule ». Pour le même auteur, l'acide chlorhydrique libre peut manquer dans le suc gastrique et être remplacé par l'acide lactique dans un grand nombre de cas de catarrhe gastrique chronique, les symptômes subjectifs ne paraissent pas du reste dépendre de l'état chimique du suc. M. P. Le Gendre, s'appuyant sur les travaux de Buchholtz et Miller, conclut de la manière suivante dans son travail sur *La dilatation de l'estomac et la fièvre typhoïde* :

« Chez les dilatés dyspeptiques ou latents, il ne semble pas condamnable d'admettre, au moins à titre d'hypothèse provisoire, que, chez eux, c'est la pauvreté du suc gastrique en acide chlorhydrique qui permet d'expliquer la pénétration plus facile des parasites morbigènes, grande ou petite, jusque dans l'intestin. Cette pénétration plus facile est attestée par la clinique, qui nous montre la fièvre typhoïde plus fréquente chez les dilatés que chez les autres sujets, comme elle permet, nous a-t-il semblé, de constater chez eux, plus fréquemment que chez d'autres, la présence de parasites volumineux dans le tube digestif. » Uffelman et Schellhut ont aussi noté la disparition de l'acide chlorhydrique dans certains cas de dilatation.

A notre avis, cet ensemble d'observations contradictoires ne fait que prouver une fois de plus qu'il n'y a pas de règle absolue en médecine et ne détruit pas la valeur d'un faisceau de constatations concordantes. Pour nous donc, et c'est là notre conclusion, les difficultés de diagnostic du cancer de l'estomac sont souvent assez grandes pour qu'on ne doive, en aucun cas, négliger la recherche d'un signe de probabilité de plus.

L'hyperacidité qui est ordinairement liée à l'hypersécrétion a été étudiée

par Riegel, Jaworski, Gluzinski, Von den Velden, etc., et on s'est naturellement surtout occupé des cas où elle dépend de l'excès d'acide chlorhydrique, la quantité normale étant, d'après Richet, de 1,74 p. 1,000.

La plupart des auteurs admettent que l'ulcère simple se caractérise par l'hyperacidité chlorhydrique. Ewald, lors de sa première communication, avait obtenu des résultats très dissemblables, ce qui s'explique, pour lui, par l'existence, dans la plupart des cas d'ulcère, d'un catarrhe gastrique d'intensité très variable. Simonin, d'autre part, a habituellement trouvé un excès d'acide lactique. Quoi qu'il en soit, la quantité d'acide chlorhydrique pourrait aller jusqu'à 6 p. 1000, et ce nouvel élément doit être introduit dans la pathogénie et la thérapeutique de l'ulcère rond. Aussi bien Debove a-t-il obtenu de grands succès par l'emploi des alcalins à très hautes doses.

Dans certains cas de dyspepsie et de catarrhe chronique, l'hyperacidité chlorhydrique atteint un degré considérable, et Jaworski (1) a distingué : 1° une hyperacidité transitoire sous l'influence d'un agent irritant; 2° une hyperacidité continue simple par l'abus des irritants longtemps continués; 3° la gastrorrhée acide continue avec douleurs vives, dilatation, etc.; 4° la diminution de la sécrétion avec atrophie de la muqueuse, cet état n'allant jamais jusqu'à la disparition complète de l'acide chlorhydrique; 5° le catarrhe muqueux.

M. le docteur Longuet a décrit, dans l'*Union médicale* (1885), une affection signalée par Rossbach sous le nom de gastroxynsis nerveuse ou gastroxie, et caractérisée par des accès de céphalée suivis de vomissements. Cette maladie, qui s'accompagne d'une grande acidité des matières vomies qui brûlent la gorge, peut être distinguée de la migraine et se voit surtout chez les gens adonnés aux travaux de l'esprit.

Enfin, on a encore trouvé l'excès d'acidité chlorhydrique transitoire (Sahli, Simonin) dans les crises gastriques des ataxiques.

Ainsi qu'on peut le voir par ce court aperçu, la signification diagnostique de l'hyperacidité a moins d'importance que celle de l'absence de l'acide chlorhydrique; par contre, elle peut avoir une grande valeur thérapeutique. Il existe des pyrosis chlorhydriques et il est évident que l'administration de l'acide ne pourrait, dans ces cas, qu'exagérer les accidents. D'autre part, lorsque l'on croit devoir conseiller l'acide muriatique, il faut l'administrer en quantité suffisante et aller, comme le conseille Ewald, jusqu'à 40 ou 50 gouttes diluées dans 800 c. c. d'eau que l'on donne en trois ou quatre fois tous les quarts d'heure. Paul CHÉRON.

REVUE DES JOURNAUX

Le soufre dans la chlorose. — Le professeur Hugo Schultz, de l'Université de Greifswald, après plusieurs essais de thérapeutique, est arrivé à la conclusion suivante : Dans la vraie chlorose, quand le fer ne produit point les effets désirés, on peut donner le soufre avec avantage. Toutefois, quand la chlorose est compliquée d'un état catarrhal de l'estomac, le soufre est mal supporté. (*Med. Press and Circular*, 11 mai 1887.) — R.

Maladies de l'estomac et déplacements du rein droit. — On a signalé depuis

(1) On trouvera un bon résumé de son travail dans la revue de Lannois (*Revue de médecine*, mai 1887).

longtemps les relations de la dilatation de l'estomac avec les déplacements du rein dit *rein flottant*. La question qui se présente est celle de savoir si l'un de ces deux états anormaux agit comme cause à l'égard de l'autre. Le déplacement des reins, fait remarquer le docteur Litten, dépend de causes mécaniques; chez les femmes, il est souvent produit par un corset trop serré. Notre confrère a noté que l'ectasie stomacale coïncide fréquemment avec le déplacement du rein chez des hommes de peine, des maçons et autres ouvriers qui, au milieu du jour, ne se nourrissent que d'aliments indigestes, qu'ils avalent à la hâte. Parmi les malades qu'il a observés, il n'a trouvé que deux femmes qui pouvaient prendre leur repas dans le repos. Sur 28 cas de dilatation de l'estomac, il a reconnu 17 fois le déplacement du rein; il en a conclu que la dilatation de l'estomac est la cause du déplacement du rein. Le professeur Nothnagel, qui a observé souvent la coïncidence de la dilatation de l'estomac avec le déplacement du rein — il en a observé 16 cas dans l'espace de trois mois, dit-il — conteste la relation de cause à effet. Dans plusieurs cas, la dilatation de l'estomac était primitive, et le déplacement des reins était secondaire. Dans la plupart, le déplacement des reins existait chez des femmes maigres, épuisées, névropathes. Quant au traitement, le docteur Litten commence par remonter la santé générale, par exemple, par la cure de malt; puis, il applique un coussin sur le rein pour le tenir dans sa position normale, et, par dessus le coussin, une large ceinture qui enveloppe tout le corps. (*The medical Record*, 14 mai 1889.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes qui transmet une lettre de M. le maire de Belvès (Dordogne) et un rapport de M. le docteur Sarrazin, accompagnant l'envoi de plusieurs bouteilles d'eau prise aux fontaines de la commune où s'est récemment déclarée une épidémie de fièvre typhoïde. Ces messieurs demandent que l'Académie veuille bien faire analyser cette eau. (Comm. : MM. Brouardel, Marty, Schutzenberger.)

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Cavaillon, de Carpentras (Vaucluse), accompagnant l'envoi d'un mémoire *sur le traitement des œdèmes cardiaques par des pointes de feu pratiquées avec le galvano-cautère*.

M. Brouardel présente, de la part de M. le docteur Henri Contagne, un volume intitulé : *Manuel des expertises médicales en matière criminelle*.

M. Larrey présente : 1° Au nom de MM. Sirus-Pirondi et Constantin Odo une brochure intitulée : *Etude étiologique sur l'ulcère des pays chauds;*

2° Au nom de M. A. Favre (de Lyon) une brochure ayant pour titre : *Le pronostic du daltonisme*.

M. Polaillon présente un nouveau volume des *Bulletins de la Société de médecine de Paris*.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion relative au surmenage intellectuel et à la sédentarité dans les écoles.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Féréol croit devoir faire remarquer que, des trois lettres lues par M. Peter, une seule, celle de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), peut être admise comme ayant la valeur de véritables observations; les deux autres ne sont que des accusations passionnées et remplies d'exagération; ce ne sont pas des observations scientifiques.

M. LAGNEAU, rapporteur, donne lecture de la conclusion proposée par la commission. Il fait observer que cette conclusion vise à la fois le surmenage intellectuel et la sédentarité.

M. Trélat pense que les programmes ne sont pas de la compétence des médecins. M. Lagneau reconnaît qu'ils doivent s'occuper des mesures hygiéniques. Mais, la réduction, la limitation des programmes est la principale mesure hygiénique à opposer au surmenage intellectuel et à la sédentarité scolaire. Car, le surmenage intellectuel résulte d'un travail excessif motivé par de trop encyclopédiques programmes; et la sédentarité, l'inertie physique, imposée à nos enfants, chaque jour, durant dix à douze heures de classes et d'études, est également la conséquence forcée du travail motivé par ces trop encyclopédiques programmes. Donc, pour remédier à ce surmenage et surtout à cette sédentarité, il est nécessaire de restreindre, de limiter ces programmes; de leur apporter de grandes réformes, quoi qu'en dise M. Féréol.

M. TRÉLAT monte à la tribune pour donner lecture de l'amendement qu'on l'avait prié, dans la dernière séance, de vouloir bien formuler, à la conclusion du rapport de la commission.

M. Trélat déclare que, toutes réflexions faites, il se trouve, à peu de choses près, complètement d'accord avec la commission, dont M. Lagneau est le rapporteur. La rédaction qu'il apporte est donc très analogue à celle de M. Lagneau, sauf quelques modifications légères qui lui paraissent devoir recevoir l'assentiment de la majorité des membres de l'Académie.

Voici la rédaction proposée par M. Trélat :

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires.

« Elle pense : Que les collèges et lycées pour élèves internes doivent être installés à la campagne;

« Que les salles de classes doivent jouir d'un éclairage et d'une aération calculés pour leur capacité et le nombre d'élèves qui doivent y séjourner;

« Que les moyens de propreté personnelle et générale : lavabos, bains, water-closets, circulation régulière et enlèvement des immondices et impuretés de toute nature, doivent être installés irréprochablement;

« Que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations. »

(Pour le reste, voir plus loin la conclusion lue à la tribune par M. Brouardel.)

M. HARDY estime que la rédaction proposée par M. Trélat entre dans trop de détails; il voudrait une rédaction qui, tout en conservant l'ensemble des réformes demandées par M. Trélat, élaguât des détails qui lui paraissent inutiles, tels que lavabos, water-closets, etc. Il lui semble au-dessous de la dignité de l'Académie de descendre à des considérations de ce genre.

M. Hardy propose à son tour la rédaction suivante :

« L'Académie, préoccupée des mauvaises conditions hygiéniques de la plupart des lycées qui existent dans les grandes villes, pense qu'il serait désirable que ces établissements destinés à recevoir des élèves internes pussent être transportés à la campagne, dans un espace plus en rapport avec le nombre des élèves qu'ils doivent contenir.

« Estimant également que la trop grande sédentarité, la trop longue durée des travaux intellectuels peuvent nuire à la santé et au développement physique des enfants et des jeunes gens, elle recommande, pour diminuer le travail exigé des élèves, d'alléger les programmes universitaires, et elle voudrait voir donner plus de temps aux promenades en plein air et aux exercices de corps. »

M. FÉRÉOL déclare qu'il se rallie complètement à la rédaction de M. Trélat, y compris les détails incriminés par M. Hardy et qu'il lui paraît essentiel de conserver dans la conclusion.

M. LARREY approuve la rédaction de M. Trélat et celle de M. Hardy, que l'on pourrait, suivant lui, fondre ensemble avec avantage.

La proposition de M. Larrey est appuyée par MM. Peter, Bergeron, Moutard-Martin, etc.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir consulté l'Académie, demande à MM. Hardy et Trélat, auxquels il prie M. Brouardel de vouloir bien s'adjoindre, de se réunir en commission et de rédiger, séance tenante, une formule d'amendement qui, réunissant les deux amendements de MM. Trélat et Hardy, puisse être présentée au vote de l'Académie.

La nouvelle commission quitte la salle des séances et passe dans la salle de la bibliothèque.

Après dix minutes de délibération, elle rentre dans la salle des séances.

M. BROUARDEL monte à la tribune pour donner lecture de la conclusion sur la rédaction de laquelle les nouveaux commissaires se sont à peu près mis d'accord.

« L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires.

« Elle pense : que les collèges et lycées pour élèves internes doivent être installés à la campagne; que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations; que les salles de classes doivent être améliorées au point de vue de l'éclairage et de l'aération.

« Sans s'occuper des programmes d'études dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants : Accroissement de la durée du sommeil pour les très jeunes enfants.

« Pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes, c'est-à-dire à la vie sédentaire, et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices.

« Nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur âge : Marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, escrimes de tout genre, jeux de force, etc. »

L'accord des membres de la nouvelle commission a été complet jusqu'au dernier paragraphe : nécessité impérieuse, etc.

M. TRÉLAT demande que les deux parties de l'amendement, celle sur laquelle tous les commissaires sont d'accord, et celle sur laquelle il y a dissidence soient présentées à part au vote de l'Académie.

La première partie de l'amendement, mise aux voix, est votée à l'unanimité; la deuxième partie est ensuite votée à l'unanimité moins deux ou trois voix.

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écolee.

M. Paul BERGER donne lecture d'un travail intitulé : *De l'enclavement des fragments et de la suture métallique à fils perdus dans le traitement des pseudarthroses du fémur.*

Ce procédé que M. Berger a eu l'occasion de mettre deux fois à exécution a pour but de remédier aux causes des insuccès qu'on observe fréquemment dans le traitement de ces pseudarthroses par la résection et la suture osseuse.

Ces causes d'insuccès tiennent à la difficulé de maintenir au contact les fragments, à la suppuration du foyer déterminée par les fils métalliques qui sortent de la plaie, et à l'impossibilité qu'on éprouve parfois à retirer ces fils qui se brisent lorsqu'on cherche à les enlever.

M. Berger propose de faire un avivement cunéiforme des fragments, de manière que le V saillant que présente le fragment supérieur puisse être enclavé dans le V rentrant qu'on a taillé dans le fragment inférieur. De la sorte se trouvent diminuées les chances d'écartement secondaire de ces fragments.

La suture métallique à fils perdus pratiquée de préférence avec du fil de platine très fort, doublé sur lui-mème et parfaitement aseptique, doit être substituée à la suture métallique ordinaire : les chefs des fils employés pour la suture sont coupés au ras du point où on les a tordus, et sont martelés et égalisés avec un polissoir sur l'os afin de

ne présenter aucune inégalité; on ramène sur eux le périoste et on réunit l'incision superficielle par la suture.

Il faut avoir soin d'enfermer aussitôt le membre dans un appareil inamovible préparé avant l'opération, en laissant une ouverture suffisante pour les pansements.

Ce procédé ne peut être tenté qu'en suivant les règles strictes de la méthode antiseptique, grâce à laquelle on a des chances de voir diminuer le chiffre de la mortalité (jusqu'à présent 19 p. 100) et la proportion des insuccès (51 p. 100) inhérents à cette opération.

Des deux malades traités par ce moyen et que M. Berger présente à l'Académie, l'un a eu néanmoins un peu de suppuration au foyer de la résection et a éliminé un des fils de la suture avec un séquestre; l'autre a guéri sans suppuration profonde et a conservé ses deux points de suture osseuse. Chez l'un et l'autre la consolidation est complète depuis plus d'un an et demi et la marche est possible.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Pommade et solution d'alcool.

1° Iodol	10	grammes.
Vaseline	10	—

Mêlez pour une pommade.

2° Iodol	1	gramme.
Alcool	15	grammes.
Glycérine	35	—

F. s. a. une solution, pour usage externe.

L'iodol contient de 80 à 90 p. 100 d'iode, et possède tous les avantages de l'iodoforme, sans en avoir la mauvaise odeur. On l'a trouvé efficace pour le pansement des cancers ulcérés. — Lorsqu'il s'agit d'ulcères rebelles, l'iodol paraît l'emporter sur l'iodoforme, par ses propriétés anesthésiques et antiseptiques. — Enfin, le docteur Trousseau en a obtenu de bons résultats, dans la thérapeutique oculaire : blépharites avec ulcérations, affections scrofuleuses ou lymphatiques des conjonctives, conjonctivites granuleuses ou phlycténulaires, ulcérations torpides de la cornée, maladies des voies lacrymales. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Buda-Pesth. — Quelques journaux ont annoncé avec la plus grande réserve l'apparition de quelques cas suspects de choléra à Buda-Pesth. Heureusement que là toutes les mesures sanitaires sont prises.

Quant à Kkarkoff, l'état sanitaire y est excellent et aucun cas de choléra n'y a été constaté.

Birmingham. — Le docteur J.-F. Allen est nommé professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Birmingham.

Vienne. — Le docteur Böhm, directeur de l'hôpital Rodolphe, passe à la direction de l'hôpital général.

Allemagne. — Le typhus, dont nous avons annoncé l'apparittion en Allemagne, sévit avec intensité dans le Hanovre.

— Voici les principales questions à l'ordre du jour de la section des maladies de l'enfance de la prochaine réunion de la Société des médecins et naturalistes allemands (*Natürforscher*) :

Traitement de la scoliose : Stafpl (de Wiesbaden) et Schildbads (de Leipzig). — Diges-

tion normale du lait chez les nourrissons: Escherich, (de Munich) et Biédert (d'Hagenau). — La digestion des enfants pendant la maladie: Professeur Huebener (de Leipzick), Pfeiffer (de Wiesbaden). — Lavage de l'estomac chez les nourrissons : Professeur Epstein (de Prague). —Traitement de la dyspepsie du premier âge : Lorey (de Francfort). — L'influenza chez les enfants et complications de la maladie : Rehn (de Francfort). — Contribution à la thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin des nourrissons : Escherich — sténose congénitale du pylore ; démonstration : Professeur Hirschsprung (de Copenhague). Poids et volume dans le développement normal des enfants du premier âge : Lorey. — Quelques complications de la rougeole : Professeur Ranke (de Munich). — Clinique de la mortalité des enfants pendant l'été : Meinert (de Dresde). — Ostéomyélite suraiguë : Professeur Koths (de Strabourg). — Myocardite, etc., etc.

— Pendant la seconde semaine de juin, les chiffres de la morbidité et mortalité par diphthérie et croup dans les différentes villes de l'Europe se sont élevés à :

Berlin, 84 cas, 18 décès ; Breslau, 39 cas; 9 décès, Hambourg, 80 cas, 20 décès ; Christiania, 50 cas, 13 décès ; Saint-Pétersbourg, 23 cas, 14 décès ; Paris et Londres, 29 cas et 19 décès.

Italie. — Le Congrès des médecins italiens se tiendra à Pavie du 19 au 24 septembre.

Ch. S.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en métal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances scolaires, du 1er août au 8 octobre 1887 inclus, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de une heure à trois heures. Pendant ce temps, M. le secrétaire de la Faculté recevra tous les mercredis de deux heures à trois heures.

— M. le docteur Thomas a été élu, le 31 juillet 1887, conseiller général du canton de la Suze (Sarthe).

— Les élèves docteurs en médecine de première année et les aspirants à l'officiat qui ont été ajournés au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, sont prévenus qu'ils peuvent se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 17 au 29 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 10 ou le mardi 11 octobre 1887, dernier délai.

Les consignations pour tous les autres examens seront reçues les lundis et mardis à partir du 10 octobre prochain. Quelques séries d'examens pourront être constituées dans la dernière semaine d'octobre ; toutefois le service des examens ne deviendra régulier qu'à partir du jeudi 3 novembre 1887.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Jeannel est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Girou, dont la délégation est expirée.

— M. Debierre, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est transféré en la même qualité à la Faculté de médecine de Lillé, en remplacement de M. Assaki, démissionnaire.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Du grand cœur rhumatismal.

Par M. Duroziez.

Le rhumatisme touche à tous les organes, à tout l'organisme. Le cœur n'a peut-être d'autre privilège que celui d'attirer plus vivement l'attention dans le milieu où nous vivons; dans les pays à dysenterie, le rhumatisme se fixe sur les intestins; chez nous, il se fixe sur le cœur, sans oublier le sang, les poumons, le foie, les reins et parfois le cerveau. Il faut que le cœur soit prédisposé pour subir la grande atteinte; chez les rhumatisants nous trouvons, dès le jeune âge, les épistaxis et les hémoptysies. Tout cœur n'est pas touché, beaucoup de cœurs échappent au rhumatisme et parfois ne sont atteints qu'à une seconde, troisième ou quatrième attaque. Le cœur peut, comme une jointure, n'essuyer qu'une inflammation passagère; il guérit, mais la présence du rhumatisme articulaire aigu n'est pas nécessaire pour que le cœur soit lésé; une œuvre lente de destruction peut s'opérer comme nous le voyons pour les articulations des doigts.

Admettant la généralisation de la maladie, nous admettons la généralisation de la lésion pour le cœur; ce n'est pas une seule valvule qui est touchée, ce sont toutes les valvules, c'est tout l'endocarde, le péricarde, le myocarde, ce sont les artères, ce sont les veines. Il est remarquable qu'on ne parle jamais que de l'orifice mitral dans une attaque de rhumatisme articulaire aigu; l'orifice aortique, la tricuspide sont également touchés; on le constate en cas d'autopsie. Toutes les valvules, à partir de ce mo-

FEUILLETON

A propos du Traité de pathologie et de thérapeutique chirurgicales générales, *de MM. Billroth et von Winiwarter.*

Il y a deux ou trois mois, M. le professeur Billroth (de Vienne) écrivait cette phrase, que nous extrayons d'un article traduit par le *Bulletin médical* : « On ne peut en vouloir aux Français d'avoir applaudi si haut à la nouvelle découverte (le traitement pastorien de la rage), eux qui depuis bientôt vingt ans, non seulement n'ont pas fait de grands progrès dans le domaine de la médecine scientifique et de la chirurgie, mais qui suivent avec peine et d'un pas boiteux le progrès colossal de la science allemande et anglaise. »

Cette phrase, on le conçoit, a fait beaucoup de bruit en France. A la vérité, nous aurions pu peut-être nous consoler de suivre d'un pied boiteux le progrès des Allemands et des Anglais en chirurgie, en nous rappelant que pendant plusieurs siècles nous leur avions montré le chemin, et surtout si ce progrès avait été réellement colossal; mais, à moins de mauvaise volonté et d'ignorance, nous sommes bien obligés de reconnaître que la France n'occupe pas encore le dernier rang, tout à l'arrière-garde de la science, et, malheureusement pour celle-ci, les progrès accomplis par nos voisins ne semblent encore avoir rien de colossal, témoins, en particulier, les épidémies de diphthérie et de typhus qui les déciment encore.

ment, se désorganisent; insuffisance et rétrécissement, hypertrophie et dilatation, adhérences du péricarde et des plèvres se développent; nous avons plus ou moins vite la grande lésion du cœur avec ses battements, ses palpitations, mais avec un caractère spécial, l'absence de la cyanose, de l'œdème; l'insuffisance aortique pâlit et dessèche le malade; c'est l'anévrysme actif de Corvisart; on peut confondre cet état avec l'état chlorotique. Parfois le jeune malade est rapidement tué, la lésion étant massive. Parfois la lésion se développe lentement et le malade pourra aller jusqu'à 40 ou 50 ans. Il est urgent d'employer au début un traitement actif et d'avoir recours ensuite à un traitement long et prolongé comme pour une lésion des reins ou du foie.

Dans le développement des maladies du cœur et de leurs accompagnements, on fait jouer un trop grand rôle à la mécanique et au cœur; il faut tenir compte des autres éléments. On ne généralise pas assez la lésion. On accepte trop facilement qu'une insuffisance mitrale coïncidant avec une insuffisance aortique dépend de celle-ci, tandis qu'elle s'est développée en même temps qu'elle. On ne tient pas assez compte des adhérences du péricarde et des plèvres et des lésions de tous les organes.

Vanhofstadt est âgé de 33 ans lorsque nous le voyons pour la première fois, atteint déjà de sa lésion cardiaque, et meurt à 46 ans. Nous l'observons à différents intervalles pendant ces treize années. Il ne meurt pas asystolique, il passe dans une syncope sous l'influence d'une lésion pulmonaire plutôt que de la lésion cardiaque qu'il porte depuis longtemps. Il a un rhumatisme articulaire aigu à 25 ans, puis à 32 ans. Les accidents cardiaques subjectifs datent de l'âge de 30 ans.

A l'autopsie, nous trouvons les lésions de la grande maladie rhumatismale du cœur : cœur hypertrophié, orifice mitral en forme de croissant ne laissant passer qu'un doigt; sigmoïdes de l'aorte épaissies, déformées, très insuffisantes; adhérence du péricarde, sauf à la pointe; adhérence des plèvres. Poumon gauche hépatisé. Foie cirrhotique un peu gros. Infarctus rénaux. L'absence d'œdème est remarquable.

La lésion de la mitrale date des premiers jours, nous avons toujours constaté les signes du rétrécissement; l'insuffisance aortique ne s'est déve-

---

Aussi bien, si les progrès de la science française sont lents, ils n'en sont que plus sûrs; ils ne nous exposent pas à ces reculades opérées par les Allemands et par M. Billroth lui-même dans le traitement chirurgical des cancers de l'estomac, de l'intestin, des arthropathies, etc. On sait maintenant ce que valent les résultats de ces opérations annoncées bruyamment : beaucoup d'opérés, peu de guéris..... et on en revient aux procédés de douceur, dont pendant ces essais meurtriers en Allemagne ont bénéficié les malades en France. Les détracteurs de la science française n'eussent-ils pas mieux fait de s'en tenir là tout d'abord?

Il paraîtrait d'ailleurs, d'après un médecin viennois, que la phrase incriminée de M. Billroth ne serait qu'une boutade sans portée, et qu'il ne faudrait pas lui attribuer plus d'importance que lui-même et son entourage ne lui en accordent. Cette déclaration m'aurait peut-être paru admissible avant d'avoir lu le *Traité de pathologie et de thérapeutique chirurgicales générales* dont M. Alcan vient de publier la traduction; mais après cette lecture le doute n'est plus possible. Je crois que M. Billroth a prononcé cette phrase avec conviction, et il y a pour cela une bonne raison, c'est qu'il ne connaît que très imparfaitement la chirurgie et les chirurgiens français.

Par exemple, on chercherait vainement, dans cet ouvrage, les noms de Gosselin, Denonvilliers, Nélaton, Sédillot, Legouest, Maurice Perrin, Richet, Trélat, Le Fort, Demarquay, Labbé, Guyon, Duplay, Tillaux, pour ne citer que ceux qui ont occupé ou occupent des situations officielles éminentes dans nos Facultés et nos Académies, et qui auraient dû attirer sur eux l'attention de MM. Billroth et Winiwarter; il n'est fait aucune men-

loppée que plus tard. Nous ne saurions dire à quelle époque a paru l'adhérence du péricarde qui n'était pas générale et laissait la pointe libre; nous avons constaté la saillie de la pointe pendant la systole. Les étouffements n'ont apparu que dans les derniers mois. Le pouls a toujours été inégal et irrégulier malgré l'insuffisance aortique, il est développé. Le roulement du deuxième temps nous a toujours indiqué le rétrécissement mitral. En résumé, nous avons eu affaire au cœur rhumatismal.

Parfois la lésion se développe lentement, parcourt son cycle dans une période de vingt-cinq ans; les lésions partielles s'ajoutent; c'est ce qui fait penser qu'il y a extension de la lésion par contiguité; cette extension est peut-être plus difficile à comprendre pour la tricuspide que pour la mitrale et les sigmoïdes de l'aorte.

Marziou, 30 ans, courtier de commerce. Insuffisance et rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Rétrécissement et insuffisance de la tricuspide. Adhérence générale du péricarde et de la plèvre gauche. Mort à 43 ans. Autopsie.

Nous voyons cet homme pour la première fois, en 1856, à la Charité, où il reste un jour. Violent de caractère, il a eu une vie accidentée. Dès sa jeunesse, il est atteint d'une maladie très grave et paraît avoir toujours ressenti des palpitations. Ce n'est qu'à l'âge de 18 ans qu'il est alité deux mois environ pour un rhumatisme articulaire aigu. A 20 ans, il s'engage et reste quatre ans en Afrique, où il prend les fièvres, la dysenterie et des douleurs. Il rentre en France et recouvre la santé, mais se fait couper les artères de l'avant-bras droit dans un duel.

Le pouls est régulier. Le cœur ne présente pas de matité anormale. A la pointe, on entend un bruit de râpe, presque musical, un jappement, un piaulement qui se prolonge *à gauche en arrière*. Le premier claquement s'entend à gauche. Le long du sternum, on entend les claquements, sans bruit anormal au second temps. On ne sent pas de frémissement vibratoire. Les jugulaires ne sont pas dilatées. Toutefois, il y a de la voussure de la région précordiale et on perçoit une impulsion générale assez forte. A cette époque, il a donc une insuffisance mitrale.

Nous retrouvons ce malade huit ans plus tard, en 1864.

Il se plaint de suffocations, de toux, de faiblesse des jambes, de pertes séminales. L'œdème des jambes, peu intense, date déjà de plusieurs années.

---

tion ni de M. Alphonse Guérin ni du pansement ouaté; M. Ricord n'est cité qu'à propos d'un procédé du traitement des varices; M. Verneuil, que pour quelques recherches d'anatomie pathologique et le traitement du tétanos par la distension nerveuse; les chapitres sur les tumeurs, qui comprennent plus de 130 pages, ne renferment aucune allusion aux travaux de Broca, Cornil, Ranvier, Robin, dont le nom n'est prononcé qu'une fois dans cette phrase : « Les grosses cellules qu'on observe normalement dans la moelle osseuse du fœtus ont été décrites par Robin sous la dénomination française de myéloplaxes. »

Chercher des éloges à l'adresse de nos compatriotes, dans cet ouvrage, serait, comme on dit vulgairement, chercher une aiguille dans une botte de foin.

J'en ai cependant trouvé deux, que je signale : un pour Follin, qui est proclamé l'un des chirurgiens français les plus remarquables de l'époque, et l'autre pour M. Ollier : « Je ne puis passer sous silence, dit l'un des auteurs, à l'occasion de l'anatomie de la nécrose et de la régénération osseuse que l'on observe dans ce cas, le nom d'un savant chirurgien français, qui pendant de nombreuses années a étudié les propriétés ostéoplastiques du périoste et qui a contribué à développer avec un rare talent les travaux de Troja, de Flourens, de B. Heine, d'A. Wagner, etc.; je veux parler d'Ollier, dont les expériences et les observations cliniques poursuivies avec un zèle infatigable ont élucidé l'étude de cette question. »

Mais voyez la restriction enveloppée dans cet éloge : M. Ollier n'a fait que développer les travaux de Heine et de Wagner, deux Allemands. Heureusement, M. Ollier est très

Le cœur n'est pas très gros, l'impulsion est modérée. Le pouls est très inégal, très irrégulier; il est difficile d'analyser les bruits du cœur; cependant je perçois au second temps un bruit de roulement, pathognomonique d'un rétrécissement mitral, que nous n'avions pas observé en 1856.

Quelques jours plus tard, je reconnais un souffle au second temps au niveau de l'orifice aortique, sans double souffle crural. Puis le pouls s'étant ralenti sous l'influence du repos et de la digitale, nous entendons à gauche un roulement type au second temps, puis un souffle au second temps au niveau de l'orifice aortique et un double souffle intermittent crural. La matité du cœur s'avance notablement à gauche.

Un peu plus loin, nous notons que le pouls est assez égal, un peu irrégulier et petit; le pouls crural est peu développé, cependant assez accessible au stéthoscope pour qu'il soit facile de constater un double souffle net. Les frémissements cardiaques ne sont pas très perceptibles; l'oreille a le pas sur la main. Souffle de l'insuffisance aortique. A la pointe, nous notons au premier temps le *souffle en jet de vapeur*, pathognomonique de l'insuffisance mitrale, souffle singulier qui se détache des autres bruits du cœur comme s'il se passait dans un autre organe.

Nous retrouvons notre malade quinze mois plus tard. Il se plaint d'étourdissements. Il a toussé tout l'hiver, sans cracher de sang. Il y a toujours la même absence d'œdème et d'ascite, de cyanose. L'appétit est resté bon ou passable; les urines sont rouges, chargées d'acide urique. Souvent le malade reste assis sur son lit; nous le trouvons étendu; la respiration est calme. Le pouls est à 64, à peu près régulier et égal, petit. La voussure du cœur est considérable, ainsi que la matité. La pointe bat dans le sixième espace intercostal, à 6 centimètres au-dessous du mamelon et à 4 centimètres en dehors. L'impulsion n'est pas considérable. A gauche, nous trouvons, au premier temps, un peu de frémissement; au second temps, un magnifique frémissement que nous n'avions pas encore constaté. A la pointe, on entend un souffle en jet de vapeur, s'étendant sur toute la partie du cœur à découvert, mais diminuant d'intensité vers l'orifice aortique et suivi d'un roulement considérable. Au niveau du sternum, on entend un souffle au premier temps suivi d'un second claquement dédoublé; le souffle du second temps a disparu; dans la crurale, on entend un souffle prolongé, double, pendant la systole, sans souffle en retour.

Deux mois plus tard, nous le retrouvons dans un autre service, en septembre 1865. Le pouls est peu développé, avec quelques irrégularités et quelques inégalités, passablement régulier. L'état stéthoscopique du cœur est le même. On entend au niveau

---

ingambe, et je crois bien que non seulement il ne les a pas suivis d'un pied boiteux, mais que même il les a dépassés.

Je ne serai sans doute pas le seul à m'étonner que, dans ce gros volume sur la pathologie et la thérapeutique générales, il n'y ait aucun chapitre sur les relations entre les états constitutionnels et les lésions traumatiques. Et, cependant, c'est là une question qui a fait assez de bruit dans le monde depuis vingt ans, et que les chirurgiens français, M. Verneuil en tête, ont surtout contribué à élucider. Assurément, MM. Billroth et Winiwarter n'auraient pas dû passer sous silence toutes ces études de pathologie générale qui ont été publiées par Bouisson et les chirurgiens de Montpellier, par Norman Chevers, par Porta, par sir James Paget, et qui dans ces dernières années ont été portées à plusieurs reprises devant l'Académie de médecine et la Société de chirurgie. Dans ces questions encore, qui sont lettres mortes en Allemagne, les chirurgiens français n'ont guère suivi les Allemands, puisque les dermatologistes de Vienne considèrent encore les affections cutanées comme des lésions locales; et si nos compatriotes se sont fa un point d'honneur de reconnaître le mérite des travaux de Norman Chevers et de sir James Paget, ils n'ont pas tardé à prendre l'avance sur les chirurgiens anglais.

Ce silence paraît d'autant plus extraordinaire qu'en tête de l'*Introduction* on lit : « La chirurgie considérée dans ses rapports avec la médecine interne. — Nécessité pour le praticien de connaître ces deux sciences. » Mais, malgré ce titre, le chapitre ne renferme rien de ce qu'on s'attend à y trouver : il est parlé de l'analogie qui existe entre les affections internes et les affections externes; de l'influence des affections locales sur

de l'orifice aortique un souffle peu considérable, mais net au second temps. Le malade est pâli, étendu dans son lit, sans oppression; les jambes et les mains ne sont nullement œdématiées. Les bains de vapeur sont supportés.

Quatre ans plus tard, nous retrouvons le malade dans le service de Béhier; il a 43 ans.

15 janvier 1869. — Il reste assis dans son lit et étouffe. La cyanose n'est considérable qu'à la main dont les artères ont été coupées. Aucun œdème. Le pouls est inégal, irrégulier, petit, faible. Les jugulaires sont gonflées; les carotides ne battent pas. *Le cœur est très gros* et s'avance à gauche. La pointe ne se détache pas; l'impulsion n'est pas forte. On perçoit des frémissements, le plus fin et le plus long pendant le deuxième temps. A la pointe et le long du bord inférieur du cœur, on entend un souffle en jet de vapeur intense, et des bruits sourds. Le souffle aortique du deuxième temps a disparu; le souffle du deuxième temps de la crurale n'existe plus. Les poumons sont remplis de râles sonores et fins; la gêne respiratoire est extrême. Le foie est très gros; la rate est grosse. Le malade meurt deux jours plus tard.

Autopsie le 18 janvier 1869. — Adhérence générale du péricarde. Le cœur est très gros, beaucoup plus à cause du développement énorme des oreillettes que de celui des ventricules, qui est modéré. L'oreillette droite contiendrait une grosse orange; les parois sont minces; le trou ovale est fermé et se détache à peine, comme aspect, du reste de la paroi. La tricuspide a son bord épaissi comme celui d'une paupière atteinte de blépharite ciliaire chronique; les valves sont diminuées de largeur; les tendons sont rétractés; il y a insuffisance. Les valves ne se rapprochent pas lorsqu'on les fait jouer sous l'eau. Il y a un peu de rétrécissement, trois doigts passent avec peine. Le ventricule droit est peu dilaté; la paroi n'est pas hypertrophiée. Les sigmoïdes pulmonaires offrent des nodules d'Arantius et à leur surface des stries grisâtres. L'artère pulmonaire, un peu dilatée, est légèrement athéromateuse. L'oreillette gauche a le même volume que la droite; la paroi n'est pas épaissie. La mitrale épaisse a conservé à peu près sa forme, c'est-à-dire qu'on voit une grande lame se rapprocher d'un bord demi-circulaire. Les tendons de la valvule sont très gros. L'orifice laisse à peine passer un doigt. La valvule est insuffisante sous l'eau. Le ventricule gauche est peu dilaté; la paroi, un peu hypertrophiée, a conservé sa coloration normale; le muscle n'est pas altéré. Les sigmoïdes aortiques sont insuffisantes, les bords sont bridés, rétrécis. L'aorte est un peu athéromateuse et dilatée. Le poumon gauche est adhérent et difficile à arracher de la poitrine à cause de sa friabilité. Les poumons sont gorgés de sang. Le foie est gros.

---

l'organisme entier, mais pas un mot de l'influence de l'état général du malade sur les blessures.

En parcourant la table, les têtes de chapitre, on est attiré par ces mots : *Traitement général de l'anémie subite*, et il s'agit de la transfusion; *traitement général des blessés*, et on traite de leur régime culinaire; *traitement des hémorrhagies secondaires*, et on n'indique que les moyens mécaniques; dans le traitement des ulcères dyscrasiques, les moyens opératoires sont en première ligne et le traitement interne considéré comme tout à fait accessoire.

Bref, si je devais donner un titre à cet ouvrage, je l'appellerais : *Généralités sur la chirurgie*, mais non : *Pathologie chirurgicale générale.*

Le traducteur, M. le docteur Oscar Delbastaille (de Liège) vante dans sa préface l'érudition profonde, la clarté d'exposition et l'expérience personnelle qui ont tant contribué à l'exposition de l'ouvrage.

L'érudition de l'ouvrage, d'après toutes les lacunes que je viens de signaler, me paraît un peu sujette à caution. Il y a de plus quelques erreurs : Chassaignac serait mort en 1869; Coze est donné comme médecin à Paris; Scoutetten, comme professeur à Paris vers 1830; Charles White, chirurgien anglais, auquel on attribue à tort la première résection de l'épaule pour carie, est appelé von White, probablement pour en faire un chirurgien allemand. M. Winiwarter a d'ailleurs le tort de laisser subsister dans son livre, daté de 1885, une erreur qui avait déjà été corrigée en 1879 par son

Revenaz, 18 ans, passementière, salle Saint-Antoine, n° 32, Hôtel-Dieu, meurt le 16 avril 1869. Quand nous la voyons le 4 mars, le rhumatisme articulaire aigu date de cinq semaines. Dès les premiers jours, elle a senti des palpitations qu'elle n'avait pas auparavant. Elle dit n'avoir jamais fait d'autre maladie. Nous constatons un souffle énorme en jet de vapeur au premier temps à la pointe, un souffle au deuxième temps à la base. Nous avons entendu parfois un bruit confus à rythme péricardique. Souvent la douleur précordiale a été intense.

Plus d'une fois la malade a semblé près de sa fin; plus d'une fois elle s'est remise sans que jamais elle ait pu se lever. Elle avait des douleurs aiguës dans le bras gauche; on fait des injections de morphine. Le plus souvent elle était assise sur son lit, penchée en avant. Elle conservait un peu de gaîté. Le pouls était assez régulier, peu développé, parfois très fréquent. Aucun œdème; albumine. Elle veut quitter l'hôpital. Elle s'assied sur une chaise et se fait coiffer. Elle pousse un cri et meurt.

Autopsie. — Péricarde adhérent dans toute son étendue; adhérences plus ou moins intimes, en général assez molles. Adhérence de la pointe à la paroi thoracique. Poumons adhérents. Cœur gros. Tricuspide un peu épaissie. Oreillette gauche très dilatée. Ventricule gauche large sans hypertrophie des parois. Mitrale diminuée de largeur, épaisse et bordée de végétations fines et de formation récente; insuffisance. Orifice modérément rétréci; sigmoïdes altérées; orifice insuffisant. Une des petites végétations contient une grande quantité de noyaux embryoplastiques. Les fibrilles musculaires sont couvertes de noyaux. Commencement de *cirrhose* du foie. Reins congestionnés.

(*A suivre.*)

Abcès stercoral herniaire; guérison rapide.

Par le docteur Alfred Gondouin (d'Argentan).

Le 17 mai 1887, je suis appelé à visiter Mme G..., âgée de 77 ans. La malade, qui ne garde le lit que depuis la veille, dit souffrir de l'aine droite depuis une quinzaine de jours. La région douloureuse, examinée, présente une tumeur inflammatoire de la grosseur d'un gros œuf de poule, tumeur un peu affaissée, occupant la région crurale au siège habituel des hernies crurales. Sa surface est recouverte d'une eschare mince et sèche d'environ 5 centimètres de diamètre. Cette eschare est limitée par les téguments

---

compatriote Gurlt; il est vrai qu'il ne mentionne pas son beau et savant Traité des résections à la suite des plaies d'armes à feu, ce qui est une excuse.

Je reprocherai également à M. Delbastaille d'avoir laissé von White dans sa traduction et d'avoir donné, dans un autre chapitre, *contracture* comme synonyme de *rétraction;* en France, la contracture est un phénomène actif qui appartient aux muscles et la rétraction un phénomène passif propre au tissu cicatriciel, fibreux, etc. Les ligaments et les aponévroses ne se contractent ni ne se contracturent; ils se rétractent.

Mais, je n'insiste pas sur ces *minima,* qui n'ôtent rien à la valeur de l'ouvrage; celle-ci reste toujours grande, malgré mes critiques. Je voulais seulement prouver que M. Billroth et son élève, M. Winiwarter, connaissaient mal ou avaient l'air de connaître mal l'état de la science française sur la chirurgie : c'est ce que je crois avoir fait.

L.-H. Petit.

Solution contre l'asthme. — Dujardin-Beaumetz.

Iodure de potassium..........	} ââ	15 grammes.
Teinture de lobelia..........		
Eau distillée		250 —

Faites dissoudre. — En donner une cuillerée à café, à dessert ou à bouche, dans un verre de bière, au commencement de chacun des deux principaux repas. — N. G.

enflammés, rouges et œdématiés ; à sa partie inférieure existe un petit pertuis suppurant. En la pressant avec le doigt, on perçoit une fluctuation sous-jacente avec crépitation et l'on fait sourdre par l'orifice une suppuration verdâtre, fétide, mélangée de bulles gazeuses. J'excise l'eschare avec les ciseaux, et je mets à découvert la cavité de l'abcès rempli de pus et de débris mortifiés, d'une couleur jaune verdâtre et d'une horrible fétidité. C'est, de toute évidence, une abcès stercoral. Débarrassée par la pince, les ciseaux et le lavage des tissus mortifiés et des matières pyo-stercorales qui l'emplissent, cette cavité se présente sous l'aspect d'une excavation profonde dont l'orifice extérieur, arrondi et béant, a environ 5 centimètres de diamètre et occupe la région crurale, au niveau du fascia crebriformis entièrement détruit ; cette cavité correspond à l'infundibulum dont le tissu cellulaire et les ganglions ont disparu dans le travail de mortification ; profondément, elle se rétrécit en entonnoir jusque sous l'arcade crurale, que recouvre la peau rouge et enflammée. C'est dans cette partie profonde que se cache l'orifice fistuleux qui donne issue à l'écoulement stercoral.

Interrogée sur le mode de formation de cet abcès, le malade raconte que, depuis longtemps, elle portait dans l'aine droite une petite hernie qui sortait quelquefois et qu'elle faisait rentrer facilement ; que jamais elle n'a porté de bandage et n'en a jamais éprouvé la moindre incommodité ; qu'il y a quinze jours elle ressentit un peu de douleur dans cette région ; qu'en même temps elle y trouva une *grosseur* qui ne rentra pas, qui devint de plus en plus douloureuse, sans cependant l'empêcher de se lever et de vaquer aux soins de son ménage ; qu'elle n'eut aucun vomissement et alla à la selle tous les deux ou trois jours, comme à son habitude ; que, depuis six jours seulement, la douleur devint beaucoup plus vive et la força à garder le repos, sans se mettre au lit, tout en continuant à ne pas vomir et à aller à la garde-robe ; qu'enfin, voyant l'appétit se perdre, les forces diminuer et la tumeur prendre un mauvais aspect, elle se décida à réclamer les secours du médecin.

Le pansement consista, pendant les deux premiers jours, en des lotions avec la solution de permanganate de potasse au millème et en des applications de cataplasmes de fécule de pomme de terre arrosé avec cette même solution. Toute odeur gangréneuse ayant disparu, ce pansement fut remplacé le troisième jour par des applications de ouate imbibée de solution de sublimé au deux-millième, recouverte de taffetas gommé, et des lavages avec la même solution.

Pendant les huit premiers jours, les pansements furent imprégnés de matières fécales liquides ; puis cet écoulement fécal alla graduellement en diminuant et finit par disparaître complètement au bout d'une quinzaine de jours. A partir de ce moment, la cicatrisation se fit très rapidement, et cinq semaines après ma première visite, la malade se présentait à ma consultation avec une cicatrisation complète. Aujourd'hui, Mme G... porte à l'aine une cicatrice solide, jouit d'une santé générale excellente et vaque à ses occupations habituelles.

Cette observation soulève une question : Quel a été le point de départ de l'abcès stercoral ? La malade portait une hernie crurale ; il n'y a pas à en douter par les renseignements qu'elle donne. Cette hernie ne sortait que de temps en temps et rentrait toujours, ou spontanément, ou par le fait d'une pression des doigts. A aucun moment il ne s'est produit de phénomènes d'étranglement ; tout au plus s'est-il produit une inflammation modérée, lente, insidieuse, aboutissant à une perforation suivie d'abcès stercoral et de gangrène péri-herniaire. Mais cette inflammation herniaire peut-elle être admise, dans ce cas, comme accident primitif et comme cause de la perforation ? Ne doit-on pas plutôt penser qu'il s'est produit dans cette hernie (demeurée probablement à l'état de pointe de hernie dans l'infundibulum) un *léger engouement stercoral compliqué de la présence d'un corps étranger* venu de l'intestin, et que ce corps étranger, dont la présence, il est vrai, n'a pas été constatée, a produit une perforation qui a été le point de départ des accidents.

Ce fait me paraît, en outre, remarquable par la bénignité des accidents comparée à la gravité de la lésion, bénignité qui a permis à une femme de 77 ans de recouvrer en quelques semaines une santé parfaite.

La présence d'un corps étranger peut expliquer, en effet, une perforation intestinale en l'absence des phénomènes ordinaires de l'étranglement. Mais les perforations de ce genre siègent plutôt sur l'appendice iléo-cœcal; nous n'en connaissons pas d'exemple dans les conditions de l'observation qui précède. Nous pensons qu'il s'agit plutôt d'un *pincement de l'intestin*, comme il s'en produit quelquefois dans les petites hernies crurales. Cet étranglement d'une partie seulement de la circonférence intestinale n'est pas très rare; il peut amener rapidement des phénomènes graves et la mort par péritonite, mais il peut aussi évoluer insidieusement, sans rétention des matières, sans collapsus, et aboutir à un abcès stercoral. Telle est l'explication que nous soumettons à notre distingué confrère en le félicitant d'avoir guéri sa malade aussi rapidement et sans fistule persistante, et en le remerciant de nous avoir communiqué ce fait clinique intéressant.

(*Note de la Rédaction.*)

REVUE DES JOURNAUX

Castration simulée chez la femme. — Le 1er mai dernier, le professeur G. Chiarloni a fait l'opération suivante sur une jeune femme extrêmement nerveuse et ayant constaté depuis dix ans, à la suite d'une épouvante, la disparition de ses règles. Cette suppression menstruelle avait agi sur son état moral au point de la rendre malade. Depuis plusieurs années, elle ne voulait plus quitter le lit. Bref on craignait pour ses jours :

La malade étant endormie par le chloroforme, l'opérateur fit sur la ligne médiane et l'abdomen une incision légère ne comprenant que le derme. La plaie fut réunie par cinq points de suture et recouverte d'un pansement antiseptique. Le résultat de cette intervention chirurgicale fut surprenant.

Les troisième, quatrième et cinquième jours après l'opération, il y eut une abondante perte de sang venant de l'utérus, accompagnée de douleurs dans les régions lombaires et pelviennes.

Actuellement, l'état moral et physique de l'opérée est considérablement amélioré. Elle a pu se lever quelques jours après cette issue du sang par le vagin.

Actinomycose du foie ; nécropsie. — Le docteur Skerlitt rapporte dans l'*American Journal of the med. Sciences*, janvier 1887, une curieuse observation d'actinomycose du foie qu'il nous paraît utile de résumer ici.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui, se sentant souffrant depuis trois mois, ayant perdu ses forces et constatant la diminution de volume de ses muscles, se décida à entrer à l'hôpital. Trois semaines avant son admission, il avait ressenti des douleurs dans le côté droit. La plèvre s'enflamma ; à l'aide de l'aspirateur on en retira fort peu de liquide. La fièvre était irrégulière; bref, un mois après son entrée, on crut à une phthisie, bien que son expectoration abondante ne présentât aucun bacille tuberculeux.

Les symptômes pulmonaires s'appaisaient ; il ne restait plus qu'un peu de douleur dans le côté droit, quand, tout à coup, se montrèrent des accès de fièvre violents précédés de frissons et suivis de sueurs. Ces accès se répétèrent ; bref, après quatre mois de traitement à l'hôpital, le malade mourut.

A la base du poumon droit, on trouva une masse fibroïde adhérente au diaphragme, et au-dessous du muscle, dans le lobe droit du foie, une autre masse blanc-jaunâtre de trois pouces d'épaisseur, formée d'un stroma fibreux contenant une grande quantité d'actinomycètes.

Bien que cette observation ne donne pas tous les renseignements désirables, ne fasse par exemple aucune mention d'examen de l'expectoration au point de vue de la recherche du champignon en cause, elle démontre la possibilité du passage de l'actinomycète à travers la plèvre, le diaphragme et le foie. L'intervention chirurgicale aurait elle été de quelque effet dans ce cas ? Nous ne savons. Il est bon néanmoins d'attirer l'attention sur cette maladie d'observation récente et sur laquelle, longtemps encore, le microscope seul nous donnera des indications diagnostiques et thérapeutiques. — Dr Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Éloge de Gosselin.

Ne pouvant reproduire tout entière la remarquable notice nécrologique sur M. le professeur Gosselin qui a été lue par son confrère ami M. le professeur Richet, nous en extrayons les quelques passages suivants :

« C'est quand il était chef des travaux anatomiques que Gosselin fit ses recherches sur les fibro-cartilages inter-articulaires et celles sur les kystes synoviaux de la main et du poignet.

« Dans ce dernier mémoire, qui date de 1855, l'auteur démontre, ce que personne ne soupçonnait alors, qu'il existe, dans l'épaisseur de la membrane qui revêt des articulations, des follicules analogues aux follicules sébacés de la peau. Comme pour ces derniers, le conduit qui déverse à la surface de la membrane le liquide onctueux destiné à la lubrifier est susceptible de s'engorger et de s'oblitérer. Alors le liquide retenu dans la cavité folliculaire s'accumule peu à peu et forme des tumeurs transparentes autour de la jointure. Ces tumeurs étaient sans doute signalées avant les recherches de notre confrère, on leur donnait même le nom de *ganglion*, qui consacrait une erreur ; le travail de Gosselin en a fait justice.

« Ses études sur la substance médullaire des os longs ont eu également pour résultat de mettre en lumière une autre vérité anatomique. Depuis Bichat, tous les anatomistes admettaient sans conteste que les cavités creusées à l'intérieur des os longs étaient revêtues par une membrane continue, à laquelle on donnait le nom de *membrane médullaire*.

« Les chirurgiens, de leur côté, décrivaient sous le nom de *médullite* l'inflammation de cette prétendue membrane. Gosselin, à l'aide des investigations les plus minutieuses, par l'inspection directe, les réactifs chimiques, les macérations, les injections pénétrantes et colorées et enfin les examens microscopiques, prouve que cette membrane n'existe pas ; la cavité des os longs est simplement remplie par une graisse fluide mélangée d'éléments anatomiques divers, et traversée en tous sens par des vaisseaux sanguins très délicats qui président à la nutrition des couches internes de l'os. L'usage de cette substance médullaire est de protéger les vaisseaux, de combler les vides et de contribuer enfin à entretenir la vitalité des couches profondes de l'os, comme le périoste en alimente les couches externes.

« Cette démonstration purement anatomique, qui prouve la justesse de l'esprit investigateur de notre confrère, ne restera pas lettre morte : plus tard, il en tirera parti, lorqu'il étudiera les accidents qui compliquent les grandes fractures avec plaies.

« Son habileté dans les préparations anatomiques étaient grande ; il maniait avec sûreté et patience les divers moyens d'investigation : c'est ainsi qu'en faisant des injections fines, pour démontrer la structure intime du testicule, il s'aperçut que, si d'ordinaire on obtenait assez facilement la pénétration de la matière colorante ou du mercure jusque dans les extrémités des conduits spermatiques, il arrivait cependant, et même assez souvent, que ces injections rencontraient chez les adultes et les vieillards un obstacle insurmontable.

« La dissection lui permit de constater que cet obstacle siégeait toujours soit dans la queue de l'épididyme, soit dans la partie avoisinante du conduit d'émission du sperme ;

il découvrit alors que cet obstacle était dû à un état maladif, consécutif aux inflammations de ces conduits, inflammations presque toujours consécutives aux blennorrhagies. Ces recherches anatomo-pathologiques furent le sujet d'un premier mémoire que couronna l'Académie des sciences en 1853.

« Ici encore, comme pour ses recherches sur la substance médullaire des os longs, l'anatomiste précéda le chirurgien : ce n'est en effet que quelques années après que Gosselin va compléter sa découverte par une démonstration clinique.

« En effet, il était curieux et intéressant de savoir si les individus dont les deux conduits spermatiques sont ainsi oblitérés, ne sont pas déchus de leur virilité. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'ils sont encore puissants. Mais ont-ils conservé le pouvoir fécondant ? L'expérience clinique a répondu négativement. En effet, Gosselin a démontré, le microscope à la main, que le liquide qui continue à s'accumuler dans le grand réservoir du sperme, c'est-à-dire dans les vésicules séminales, n'est plus du vrai sperme et qu'il est dépourvu de spermatozoaires, d'ou l'infécondité. Mais cette infécondité sera-t-elle durable? sera-t-elle définitive ? Il résulte des observations de notre confrère qu'il est fort rare et tout à fait exceptionnel que, chsz ces individus, les spermatozoaires reparaissent.

« Enfin il a de plus démontré que l'oblitération absolue des conduits spermatiques n'avait pas pour effet, comme on aurait pu le croire, d'enrayer la sécrétion spermatique dans la glande elle-même. Chose inattendue, la glande séminale ne s'atrophie pas : elle continue à fonctionner comme si le liquide séminal avait son libre cours, ce qui constitue, au point de vue physiologique, un fait d'une haute importance.

« Notre confrère compléta plus tard son beau travail par ses recherches sur les kystes de l'épididyme, du testicule et de l'appendice testiculaire.

« Son Mémoire sur l'épaississement de la tunique vaginale dans l'hydrocèle et l'hématocèle nous a révélé des détails d'Anatomie pathologique inconnus jusqu'à lui. Ce sont ces faits qui ont conduit l'auteur à une méthode nouvelle de traitement de cette affection, à laquelle il attachait un grand prix. Il avait nommé cette opération la *décortication*.

« Sa nomination à la chaire de pathologie externe, loin de ralentir son zèle, malgré le surcroît d'occupation qu'elle lui apportait, ne fit que le surexciter.

« Tout en continuant la publication d'un ouvrage considérable, le *Compendium de Chirurgie*, conçu peut-être sur de trop larges bases, il fit paraître ses *Leçons sur les hernies abdominales*, où l'on retrouve toutes ses qualités d'observateur fin et sagace et de chirurgien d'une haute moralité. J'en veux donner un exemple. Dans sa thèse d'agrégation, il avait posé en principe que, dans le traitement de l'étranglement de la hernie, il fallait toujours essayer de faire rentrer l'intestin, même au prix des plus grands efforts exercés sur lui, et à plusieurs reprises. Il se constituait donc le partisan et le défenseur de la méthode dite du *taxis forcé et réitéré*. Mais cette méthode expose à de graves dangers ; on ne peut savoir d'une manière sûre jusqu'à quel point l'intestin hernié est altéré, et, en le comprimant avec énergie, on est exposé à le rompre. Or cette rupture, c'est la mort.

« Naturellement, les critiques, quelques-unes acerbes, ne lui furent pas épargnées ; plus tard, mûri par l'expérience, il reconnut son erreur et modifia sa pratique, à la suite d'un fait malheureux dont il n'hésita pas à publier l'observation. Le véritable progrès, dit-il, serait de supprimer aujourd'hui et le taxis forcé et le taxis réitéré qui offrent certains dangers ; il faut soumettre le malade à l'anesthésie chloroformique, exercer alors un *taxis doux* au moyen de *pressions modérées*, mais toujours à la condition *d'opérer de suite*, lorsque, après cette tentative bien faite, la hernie n'est pas rentrée. On ne saurait trop louer cet exemple de loyauté scientifique qui porte avec lui un haut enseignement.

« Outre un nombre considérable de mémoires, de rapports, de recherches sur les points les plus divers de la pathologie chirurgicale, Gosselin avait publié, dans les dernières années de sa carrière, sous le titre de *Cliniques de l'hôpital de la Charité*, trois volumes qui ne comprennent pas moins de 139 leçons traitant de toutes les questions à l'ordre du jour : de l'anesthésie en chirurgie ; des pansements et de la méthode antiseptique, et naturellement il s'est complu à developper les recherches qui lui sont personnelles, lesquelles ont jeté une vive lumière sur diverses questions, par exemple sur les

fractures des os longs et leur consolidation ; sur les maladies chirurgicales des adolescents ; sur l'infection purulente.

« Cette question de la septicémie et du moyen de la combattre paraît l'avoir préoccupé jusque dans les dernières années de sa vie ; car, outre ses discours à l'Académie de médecine en 1875 et 1878 sur les pansements antiseptiques, il a publié en 1885, dans les *Archives de médecine*, ses nouvelles recherches sur les pansements antiseptiques, et enfin il nous a communiqué, en septembre de cette même année, à l'Académie des sciences, ses dernières études expérimentales sur les pansements avec le sous-nitrate de bismuth.

« C'est que son esprit observateur avait une tendance essentiellement pratique. Il pensait que le but suprême de la chirurgie est avant tout, et par-dessus tout, la guérison du malade. »

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

UNIVERSITÉ DE BERLIN. — Le professeur Schwendener est nommé *rector magnificus* de l'Université ; le professeur Libreich a été élu doyen de la Faculté de médecine.

— Le docteur Crookshank est nommé professeur de bactériologie au King's College de Londres.

— Le docteur Pasquali est appelé à la chaire d'obstétrique de Rome.

ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DE BERLIN. — Le 2 août, à midi, dans la salle d'honneur merveilleusement décorée du Friedrich-Wilhelms-Institut a été célébré avec la pompe ordinaire l'anniversaire de la fondation de l'Ecole de médecine militaire. Le ministre de la guerre et le ministre de l'instruction publique s'étaient fait représenter, ainsi que la direction de l'hôpital de la Charité ; le général commandant de Berlin était venu en personne. Les plus hautes notabilités de la médecine militaire et civile se pressaient dans la salle de réception comme pour prouver la cordialité, l'entente, la sympathie et l'estime réciproque qui ont toujours uni l'École de médecine militaire et l'Université. On remarquait dans l'assemblée, Dubois-Raymond, Helmoltz, Gerhardt, Bardeleben, Hoffmann, Koch, Gurlt, Rove, Sell, etc. etc.

Après un chœur des étudiants, le docteur Amende lut le rapport d'usage. Sur 226 étudiants, 50 pupilles passèrent dans l'armée après avoir satisfait aux examens d'état ; 1 fut déclaré impropre au service, 8 licenciés par insuffisance, 1 décès. Notons cette remarque importante du rapporteur que le nombre des candidats à l'École de médecine militaire était cinq fois plus grand que celui des admis.

La fête prit fin après un discours du professeur Libreich et un nouveau chœur des étudiants.

FEMMES PROFESSEURS ET FEMMES MÉDECINS. — Mme Church, docteur en médecine, vient d'être nommée professeur de gynécologie à Boston.

— A l'occasion du dixième anniversaire de l'ouverture des cours de médecine pour les femmes à Saint-Pétersbourg, on a annoncé l'intention de réunir des capitaux pour envoyer les femmes médecins se perfectionner dans les meilleures cliniques de l'Europe.

— L'exposition d'hygiène de Varsovie est terminée ; les organisateurs réunissent leurs efforts pour fonder dans cette ville un Musée d'hygiène permanent.

GALLIPOLI. — La variole fait de grands ravages dans la vllle turque ; malheureusement l'administration ne fait rien pour entraver la marche de la maladie. — Ch. S.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de l'ASSOMPTION, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 16 Août.

— Par décret, en date du 3 août 1887 :

M. Charles Richet, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine, de Paris, à partir du 1er novembre 1887.

M. Hamelin, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de Montpellier, à partir du 1er novembre 1887.

M. Dastre, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, à partir du 1er novembre 1887.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 août 1887, la limite d'âge pour l'admission à la retraite des membres du corps de santé de la marine, est fixée comme suit :

Directeurs, soixante-cinq ans. — Médecins et pharmaciens en chef, soixante-deux ans. — Médecins et pharmaciens principaux, cinquante-huit ans. — Médecins et pharmaciens de première classe et de deuxième classe, cinquante-six ans.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques est composé comme il suit, pour l'année scolaire 1887-1888 :

Physique. — MM. Guébhard, agrégé, chef des travaux ; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Chimie. — MM. Hanriot, agrégé, chef des travaux ; Monange, préparateur ; Groslons, Bonvanet et de Thierry, préparateurs adjoints.

Histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux ; Berger, Blondel et Artaud, préparateurs.

Physiologie. — MM. Laborde, chef des travaux ; Gley et Rondeau, préparateurs ; Pignol et Langlois, préparateurs adjoints.

Anatomie pathologique. — MM. Brault, chef des travaux ; Chantemesse, Durand-Fardel et Toupet, préparateurs ; Widal, Marfan et Clado, moniteurs.

Faculté des sciences de Paris. — Sont chargés des conférences préparatoires à l'agrégation, pendant l'année scolaire 1887-1888 :

MM. Joly, sciences physiques (chimie), et Pellat, sciences physiques (physique).

Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences :

MM. Salet, chimie organique ; Mouton et Pellat, physique ; Joly et Riban, chimie ; Pruvost, zoologie, et Chatin, anatomie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Sourdille est nommé aide de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Touchaleaume, démissionnaire.

— M. Henry Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Italie, pour y étudier l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie.

— M. le docteur Jegun a été élu, dernièrement, conseiller général du canton de Montréal (Gers).

Bulletin bibliographique.

Précis élémentaire d'anatomie pathologique, par Abadie-Leroy, de la Faculté de Paris. In-18 de 288 pages. — Prix : 4 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Alexandre Maloine, 91, boulevard Saint-Germain

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Du grand cœur rhumatismal (1)

Par M. Duroziez.

Rhumatisme viscéral généralisé. Péricardite; endocardite; péritonite; amygdalite. — Jacquemin, 16 ans, fleuriste, née à Paris; entre le 21 août 1857 et meurt le 9 décembre, salle Sainte-Madeleine, hôpital de la Charité. Elle a eu, il y a près d'un an, un *rhumatisme articulaire aigu généralisé* qui a duré six mois. Elle était sortie de l'hôpital depuis quatre mois et demi, quand, il y a dix jours, elle a été prise de nausées, de céphalalgie et d'érysipèle.

Le cœur est très gros; les jugulaires grossissent facilement; les lèvres sont un peu violettes. Le pouls est accéléré, flasque. Souffle chlorotique très marqué des deux côtés du cou. Souffle rude à la pointe. On prescrit 0,20 de poudre de digitale, du fer et deux portions.

Le 11 septembre. — Claquements encore distincts, le premier mêlé d'âpreté et de rudesse.

Le 28. — Souffle systolique. Parfois de l'étouffement la nuit.

Le 8 octobre. — Pas d'œdème. Pouls régulier. Souffle intense, large, se propageant dans l'aorte au-dessus du cœur et sur tout le dos. Fortes palpitations et anxiété, surtout la nuit.

Le 15. — Fortes palpitations et respiration accélérée.

Le 17. — Souffle en arrière et en avant. Claquements assez nets à gauche.

Le 20. — Depuis trois jours, vers midi, accès de fièvre. Souffle vers la pointe. Claquements.

Le 22. — Pouls 90.

Le 23. — Un peu de dureté au premier temps à gauche, souffle large vers le bord inférieur du cœur.

Le 24. — Pouls 88. Pas de dédoublement du deuxième claquement. Claquements assez nets sous le sternum. Bruit dur, râpeux au premier temps, systolique, au niveau de la mitrale, distinct du souffle large. Pouls régulier.

Le 27. — Pouls 108. Souffle. Bruit râpeux au premier temps.

Le 29. — Pouls 100 régulier.

Le 31. — Pouls 104 régulier.

Le 2 novembre. — Pouls 108 régulier.

Le 3. — Pouls 104. Soir, pouls 100.

Le 6. — Bruit rude qui couvre le double claquement valvulaire.

Le 7. — Souffle. Soir, pouls 104.

La 14. — Souffle prolongé.

Le 16. — Souffle au premier temps, assez doux à l'orifice aortique, un peu plus dur à la mitrale. Pas de triple claquement. Souffle dans l'aorte.

Le 20. — Mal à la gorge cette nuit. Fièvre. Amygdales énormes. Fausses membranes.

Le 21. — Amygdales moins grosses. Pouls 114.

Le 22. — Pouls 108.

Le 23. — Pouls 94. Elle avale très bien. Les amygdales sont couvertes de productions fibrineuses. Pellicules blanches sur les gencives. Le souffle existe toujours très fort, en

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

arrière surtout. On entend les claquements. Bruit de diable. Pouls des crurales très petit.

Le 24. — Avale bien. Bon sommeil. Pouls 84.

Le 26. — Les amygdales sont encore grosses, mais pâles. Elle a eu de fréquents maux de gorge.

Le 27. — Les plaques disparaissent.

Le 28. — Encore un peu de fièvre.

Le 29. — Toux.

Le 1er décembre. — Beaucoup de toux.

Le 2. — Même souffle en arrière.

Le 3. — Râles sibilants.

Le 4. — Râles sibilants et sous-crépitants.

Le 7. — Brochite capillaire généralisée. Soir, cyanose.

Le 8. — Soir, pouls 102. Souffle au cœur.

Le 9. — Mort.

Autopsie. — Le cœur est gros, plutôt dilaté qu'hypertrophié. Le péricarde a conservé les traces d'anciennes lésions surtout vers la partie supérieure du sac; il y a des lambeaux de membranes complètement organisés; il existe, en outre, les signes d'une péricardite récente, langue de chat, épanchement, flocons de fibrine molle. Dans l'oreillette gauche, l'endocarde est rouge, tuméfié, granuleux; la paroi un peu épaissie, la cavité légèrement dilatée. La mitrale est épaisse; l'orifice très modérément rétréci; la grande lame, à peu près saine, pouvait battre et claquer; la petite lame est réduite de largeur avec un bord épaissi; les cordes tendineuses sont épaissies, diminuées de longueur; le bord de la valvule épaissi par d'anciennes endocardites est garni de végétations récentes. La face interne des sigmoïdes, celle qui regarde l'axe du vaisseau, présente à un millimètre du bord une petite crête récente; le bord libre est un peu froncé; les sigmoïdes gardent mal l'eau. L'aorte est saine, rétrécie jusqu'à l'abouchement du canal artériel, surtout au niveau de la crosse. La tricuspide est couverte à son bord libre de dentelures fines. Les cavités droites étaient distendues; la valvule d'Eustachi développée, mince, perforée.

Poumons durs, carnifiés, surnageant. Tractus fibreux à leur surface.

Péritonite générale, légère. Un peu de liquide; un peu de couenne molle. Foie assez gros; langue de chat à la surface. La substance rouge a disparu; il n'y a plus que la substance jaune étranglée par de la substance blanche. Le foie a l'aspect d'une capsule surrénale avec sa matière corticale jaune et sa substance médullaire gris blanchâtre. Bel exemple de cirrhose au début. Rate à surface de langue de chat; grains gris à l'intérieur. Reins un peu gros, anémiés, blanc jaunâtre; ovaires intacts; l'un d'eux contient un corps jaune. Utérus petit. Hymen déchiré.

Remarques. — Nous trouvons les signes d'une inflammation très généralisée; péricardite, endocardite sur la mitrale, la tricuspide et les sigmoïdes aortiques; péritonite sur le foie et la rate; amygdalite fibrineuse. Le foie présente une cirrhose au début. La jeune malade n'a pas été tuée par la lésion du cœur, mais par la lésion générale. Cette malade suintait la fibrine de tous les côtés. La rapidité de la mort est ici remarquable; c'est la bronchite capillaire qui a tué la malade.

Langrogne, 16 ans, domestique, entre, le 6 juillet 1882, salle Sainte-Anne (Charité), et meurt le 11 septembre 1883.

Voici les renseignements donnés par M. Landouzy, dans un article du *Progrès médical* (1er septembre 1883), intitulé : *De l'angine de poitrine envisagée comme symptôme et dans ses rapports avec le nervosisme arthritique :* « Indemne de toute fièvre éruptive, non réglée. Mère bien portante, non rhumatisante. Père charron, souffrant souvent de douleurs. Quatre frères ou sœurs bien portants. Elle a eu des attaques de rhumatisme polyarticulaire aigu à 5, 7, 8, 15 et 16 ans; elle est restée essoufflée depuis les deux

dernières attaques. Depuis la dernière seulement, accès douloureux angoissants, péristernaux, survenant d'abord de loin en loin, puis plus fréquemment depuis la nouvelle attaque qui amenait la malade à la Charité, revenant presque quotidiennement, souvent même deux fois par jour, depuis une fièvre typhoïde qui a été manifestement contractée dans le service. Pas une seule fois, dans le plein de la fièvre typhoïde, Langrogne n'eut d'accès; ceux-ci commencèrent à réapparaître quand s'affirma la convalescence. Non seulement les accès sont maintenant plus rapprochés, plus longs, mais ils sont moins angoissants, en ce sens que la malade n'est plus sous le coup des impressions anciennes qui lui faisaient croire que sa vie allait s'arrêter. Par contre, les accès son plus aigus; au début, les douleurs péristernales gagnaient seulement l'épaule gauche e le bras gauche; actuellement, les irradiations se font dans les deux épaules. »

Le 19 mars 1883. — Premier rhumatisme articulaire aigu à 5 ou 7 ans. Cinq rhumatismes. Palpitations depuis deux ans. Pouls régulier, vibrant, fréqueut. *Cœur très gros, très vibrant.* Double souffle le long du sternum. Souffle en bas du sternum au premier temps. On entend en arrière le souffle du premier temps, moins fort qu'en avant. Pas de bruit de rétrécissement mitral. Les rapports des bruits sont parfois un peu difficiles à saisir à cause de la fréquence, cependant j'entends nettement le double souffle et le souffle tricuspidien. Douleurs aiguës et continuelles qui empêchent la malade de manger. Impulsion forte. Frémissement au cou au premier temps.

Le 3 mai. — Pouls radial 92, régulier, cinglant, dicrote, claquant. A la crurale, on entend le premier claquement à distance. Le cœur est *très gros*. Au cou, le claquement du premier temps est précédé par un ronflement, et est bien en rapport avec le soulèvement de la pointe et le claquement de la crurale et de la radiale. Il est presque difficile de mettre les temps en place. A la pointe, souffle au premier temps qu'on retrouve en arrière. Le long du sternum, les souffles s'enchevêtrent. J'ai de la peine à dégager le souffle du deuxième temps du premier, qui est doublé. Ici le cœur vibre avec une grande intensité. Les bruits se forment très facilement. Douleurs épigastriques très vives le soir. Pâle. Nullement jaune.

Le 14 juin 1883. — Douleurs toujours très vives. On a appliqué des pointes de feu. Double souffle au niveau du cœur. A gauche, bruit de galop. Au cou, souffle au premier temps, fort, suivi d'un souffle plus doux. Battement au deuxième temps dans la carotide. Le rythme est très nettement à deux temps pour les souffles. Pâle et sèche.

Le 21. — Pâle. Pas d'œdème. Pas d'ascite. Râles sous-crépitants à droite en arrière. Pouls 108 régulier, vibrant. Pouls onguéal. Langue violette. Cœur *très gros,* très battant, septième espace en dehors. Frémissement au premier et au deuxième temps. Double battement au premier temps, surtout en haut à gauche, battement présystolique. Frémissement au premier temps au cou et sur le haut du sternum. Souffle très fort au premier temps au cou, moindre au deuxième temps. Dans la crurale droite, toc artériel, double souffle crural. Aucun claquement ni à droite ni à gauche. Souffles très variés à droite et à gauche. En haut du sternum, double souffle très net. En bas du sternum, cela se complique. Souffle aigu jusque vers l'ombilic au premier temps. A gauche roulemeut ou plutôt ronflement au deuxième temps. Souffle en jet de vapeur à travers les bruits ronflants. En arrière, on retrouve le souffle. *Rien de notable aux jugulaires.* Le foie bat.

Le 13 juillet. — A la pointe, dicrotisme, deux battements. C'est quand le doigt est le plus écarté qu'on sent la coïncidence avec la radiale. A la pointe, le gros bruit vient après le pouls radial. La radiale et la carotide battent ensemble, Au cou, double souffle. En haut du sternum, souffle au deuxième temps le plus fort. Vers la pointe, rythme à trois temps. *Mouvement continuel.* On entend le souffle en arrière. Pâle.

Le 21. — Pouls régulier, modérément fréquent. En haut du sternum, le souffle est à deux temps. En bas du sternum et sur toute la surface du cœur, le mouvement est à trois temps; il devient difficile de fixer les temps; il faut tenir la radiale qui bat en même temps que la pointe. Aussitôt qu'on s'écarte de la pointe, on trouve des mouvements compliqués. A la pointe et en arrière, on entend un souffle. Après le battement de la radiale, on entend un bruit sourd, roulant.

Le 6 août. — Pouls régulier, vibrant, développé. En arrière, double souffle. En avant, le double souffle se détache très net. Nulle part un claquement. A gauche, souffle au premier temps, mais non en jet de vapeur. *Mouvement à trois temps sous l'oreille.* Elle a moins de douleur et dit avoir de la fièvre. Très pâle. Se tient assise dans son lit. On n'éprouve pas pour l'auscultation la même diffficulté qu'au début de nos examens. Il y a coïncidence entre le battement de la pointe, celui de la carotide et celui de la radiale, à la condition qu'on ne fasse qu'effleurer le cœur et qu'on ne prenne que l'acmé du battement de la pointe. A la pointe, il y a un double battement au premier temps, et ce n'est que le deuxième qui coïncide avec le battement de la radiale. Claquement jusque dans la radiale. A la crurale, je n'entends qu'un claquement. Double souffle crural; double souffle carotidien. Nous avons été souvent témoin des accès que cette enfant supportait sans mot dire. Elle se tenait debout, la poitrine appuyée contre son lit, recherchant la compression et l'immobilité. C'était plutôt de la douleur que de l'angoisse. Elle meurt subitement le 11 septembre. Autopsie par M. Landouzy. Nous y assistons.

« La malade est morte de syncope; les caillots accumulés dans le ventricule gauche le démontrent. Le *cœur est énorme*, comparé aux autres organes et à la constitution chétive de la malade. Il pèse 700 grammes et mesure 13 centimètres en hauteur sur 11 en largeur. Le ventricule gauche occupe presque toute la surface antérieure. Adhérence générale du péricarde, très serrée; difficulté pour rompre les adhérences. Sous l'eau, la mitrale a paru suffisante; l'orifice laissait passer deux doigts. Tubercules miliaires au sommet des poumons. M. Landouzy me dit avoir constaté le retrait systolique de la pointe. »

Nous ajoutons quelques détails : La dilatation des oreillettes n'est pas considérable. Le ventricule droit vers sa pointe est atrophié. L'oreillette droite présente une disposition spéciale des sphincters. Il existe un canal commun aux deux veines qui débouche dans l'oreillette par un orifice commun. La tricuspide est peu altérée. La mitrale est un peu épaissie à son bord; je la vois coupée. Les sigmoïdes aortiques sont largement insuffisantes. L'aorte n'est pas dilatée.

Rétrécissement et insuffisance aortique; insuffisance mitrale peu accentuée; rétrécissement mitral permettant à deux doigts de passer. Insuffisance de la tricuspide. Adhérence générale du péricarde. Insuffisance des sphincters de l'oreillette droite.

CONCLUSIONS. — La grande maladie rhumatismale du cœur, la maladie du cœur commune classique est caractérisée par la généralisation de la lésion à toutes les valvules, au péricarde, au myocarde, aux artères, aux veines. La mitrale, la tricuspide, les sigmoïdes aortiques sont prises ensemble ou successivement. L'atteinte massive est rapidement mortelle et doit être traitée énergiquement. L'atteinte par fraction permet de vivre jusqu'à 40 et 50 ans et exige un traitement long, très long.

Hydarthrose chronique guérie par les lavages à l'eau phéniquée. Observation.

Par le docteur L. MICHALSKI, de Charny (Yonne),
Médecin de la Compagnie des chemins de fer P.-L.-M.

La présentation que vient de faire M. le docteur Terrillon à la Société de chirurgie (séance du 27 juillet 1887), d'une jeune femme guérie par le lavage antiseptique d'une hydarthrose chronique rebelle à tout autre moyen de traitement, m'engage à publier la relation d'un cas analogue qui me paraît présenter quelque intérêt.

Le 24 avril 1886, je suis consulté par le nommé Émile M..., âgé de 24 ans, soldat au 69e régiment, et je constate qu'il est atteint d'une hydarthrose volumineuse du genou

droit. Le malade m'apprend qu'il vient de passer deux mois à l'hôpital de Nancy, où il a été traité par des applications de teinture d'iode, des vésicatoires répétés, deux ponctions aspiratrices. Ces divers moyens ayant échoué, un bandage plâtré fut appliqué, mais ne fut gardé que pendant dix jours. Emile M... avait alors la fièvre, perdait l'appétit et maigrissait. On lui offrit un congé de trois mois, qu'il accepta pour venir dans sa famille. C'est à ce moment que je le vois.

A mon premier examen, l'épanchement est considérable, mais la marche est encore possible dans une certaine mesure. L'inefficacité des moyens employés jusqu'alors fait que je propose au malade une nouvelle ponction suivie cette fois d'une injection iodée. Ma proposition est tout d'abord acceptée, puis ajournée, le malade ayant reçu de son entourage des conseils qui le font hésiter, si bien que pendant deux mois, durant lesquels je ne le vois pas, il a recours aux divers moyens que chacun se plaît à lui indiquer.

Le 15 juin 1886, je suis appelé de nouveau auprès de M..., qui réclame l'opération, le mal ayant considérablement augmenté.

L'épanchement a pris, en effet, des proportions énormes. Il s'étend en bas, à la partie postérieure de la jambe, jusqu'au tiers inférieur du mollet, et en haut, à la région externe de la cuisse, jusqu'à 20 centimètres environ au-dessus du genou. Le liquide est contenu dans une cavité unique, ce que prouve son déplacement facile de bas en haut et inversement. L'état général est mauvais; le malade a de la fièvre, il a perdu l'appétit, ne se lève plus et dort mal.

Le 17, je fais avec l'aspirateur Potain, à la partie externe de la cuisse, une ponction qui permet de retirer un litre d'un liquide épais paraissant constitué par du pus que colore en brun rougeâtre du sang altéré. L'aspiration de ce liquide est suivie d'une injection iodée (teinture d'iode, eau distillée, ââ 250 grammes; iodure de potassium, 10 grammes). Le genou est maintenu immobile dans un pansement ouaté antiseptique.

Les 18 et 19, l'état du malade est si satisfaisant que je remets ma prochaine visite à cinq jours de là, en recommandant qu'on vienne me prévenir s'il survient quelque chose.

Le 24, au matin, comme je me rends auprès du malade, je rencontre son frère qui vient me chercher parce que, dit-il, Emile va beaucoup plus mal depuis deux jours, ce qu'on attribue à la fatigue résultant des nombreuses et bruyantes visites qu'il a reçues le dimanche précédent, jour de fête au bourg.

Le malade présente, en effet, des phénomènes septicémiques. Sa physionomie est altérée, la peau est chaude et sèche. Le pouls est si fréquent qu'il est impossible de compter les pulsations. Emile M... est indifférent à la gravité de son état. Il est dans une somnolence semi-comateuse dont il sort pourtant facilement pour répondre avec lucidité à mes questions; mais la langue est lourde et embarrassée. La plaie faite par le trocart ne s'est pas cicatrisée et laisse couler du pus séreux de mauvaise nature.

Je fais, séance tenante, un lavage avec de l'eau phéniquée à environ 2 p. 100, jusqu'à ce que le liquide introduit sorte clair. Le pouls diminue de fréquence presque immédiatement; et, avant de partir, je puis compter 140 pulsations. Je fais un pansement ouaté antiseptique. J'ordonne une potion avec 4 grammes d'extrait de quinquina jaune et 2 gr. 50 de sulfate de quinine à prendre par paquets de 0,25 centigr. toutes les trois heures. Bouillon, eau rougie.

Le 25. — Le malade ne va pas mal. Pouls à 120. Même prescription que la veille. Un lavage matin et soir.

Le 26. — Etat satisfaisant; le malade prend quelques aliments avec plaisir. Pouls à 100. J'ordonne encore 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 28. — Le malade continue à aller de mieux en mieux. Les lavages sont faits régulièrement deux fois par jour; pour les rendre plus faciles, je fais une contre-ouverture à la partie interne de la jambe et je passe un drain.

Les jours suivants, la guérison suit son cours régulier, sans incident. La fièvre disparaît, l'appétit revient; le malade se lève et la quantité de liquide à injecter devient chaque jour moins considérable.

Je fais ma dernière visite le 19 juillet 1886, et le malade rentre dans son régiment le 15 octobre suivant. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie. Aujourd'hui, 7 août 1887, Emile M... est garde-champêtre, après avoir été définitivement réformé pour une ostéite de la région carpo-métacarpienne de la main gauche.

Je crois inutile d'ajouter aucun commentaire aux faits que je viens de relater. Je dirai seulement que le malade, dont un instant la vie a été sérieusement compromise, n'a dû son salut qu'à l'emploi des moyens antiseptiques.

Le Congrès national scientifique du Havre.

La Société d'hygiène du Havre et la Chambre de commerce de cette ville ont organisé au commencement de ce mois un Congrès ayant pour but d'étudier la prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques à bord des navires en cours de voyage et de discuter le projet d'une instruction à l'usage du personnel naviguant, instruction qui devrait être mise à exécution par les médecins, capitaines et officiers de la marine du commerce.

Jusqu'ici, le moyen considéré comme le plus efficace et le plus employé, a été l'établissement de quarantaines plus ou moins rigoureuses; mais ce moyen est très onéreux pour la marine marchande, et on a tenté de substituer aux quarantaines des mesures plus rationnelles, plus scientifiques et offrant des garanties au moins aussi sérieuses.

Ces mesures, relatives à l'assainissement et à la désinfection des navires et de leur contenu pendant la traversée, ont été l'objet d'instructions et de règlements qui, rédigés sous la haute direction de MM. Brouardel et Proust, ont été acceptés par le Comité consultatif d'hygiène publique de France et ont reçu une approbation presque unanime à la conférence sanitaire internationale de Rome en 1885 et au Congrès d'Anvers en 1886. Elles viennent d'être discutées de nouveau au Havre devant une nombreuse réunion de notables commerçants et d'armateurs, auxquels s'étaient joints MM. Brouardel, Proust, Bergeron, Hérard, Vallin, Napias, A.-J. Martin, etc., sous la présidence de M. Widmer, président de la Société d'hygiène du Havre.

Les réformes demandées, destinées à mettre d'accord les intérêts du commerce et de la santé publique se rangent dans les catégories suivantes :

1° *Précautions à prendre pour empêcher l'invasion à bord d'une maladie pestilentielle pendant le séjour dans un port contaminé.* — Choix d'un mouillage dans ce port; séjour dans ce port, loin de la ville ou des navires envahis, des bouches d'égout ou des ruisseaux par lesquels se déversent les eaux vannes de la ville; service des embarcations en limitant au strict nécessaire les communications avec la terre; éviter l'insolation qui prédispose à l'invasion de la fièvre jaune; le séjour et le sommeil des hommes sur le pont pendant la nuit, à moins d'y établir une tente, fermée du côté de la terre, ouverte du côté du large; prescrire la propreté du corps, le lavage fréquent du linge et des vêtements; les douches quotidiennes, la sobriété, surtout pour les boissons; éviter de renouveler l'eau de consommation dans un lieu où règne une maladie contagieuse, et même de se servir de cette eau pour laver les navires, les logements de l'équipage; nettoyer fréquemment ceux-ci, les aérer, les passer au lait de chaux; laver et désinfecter fréquemment la cuisine, la machine et ses dépendances, les lieux d'aisances, les cales; visiter avec soin les passagers et leurs bagages au moment de l'embarquement, refuser tout objet pouvant devenir cause de contamination, comme les linges, hardes, literie, sacs de matelots; les désinfecter soigneusement; envoyer les malades à l'hôpital.

2° *Mesures à prendre en cas d'invasion à bord d'une maladie pestilentielle exotique ou d'une affection contagieuse grave, pour en empêcher la propagation parmi le personnel du navire et l'importation dans les ports d'escale et de destination.* — Ces mesures doivent être prises par le médecin du navire, ou à son défaut par le capitaine dès qu'apparaissent les premiers signes d'une affection pestilentielle soit chez un passager, soit chez un homme de l'équipage. Elles consistent à isoler les malades dans des cabines spé-

ciales, à désinfecter ou à détruire les déjections et objets souillés; à assurer l'aération et la propreté minutieuse des infirmeries; à choisir parmi les hommes de l'équipage des infirmiers en nombre suffisant pour leur éviter une fatigue excessive, en prenant de préférence les hommes robustes, de sang-froid, ayant déjà subi une atteinte de l'infection. On les astreindra à des précautions de propreté et de désinfection minutieuses et en particulier aux règles suivantes : ne prendre aucune boisson ni aucune nourriture dans l'hôpital où les cabines des malades; se laver les mains fréquemment et avant chaque repas avec du savon et une solution désinfectante préparée avec 20 gr. de chlorure de chaux et 1 litre d'eau; se rincer la bouche de temps en temps et avant de manger avec une solution de 4 grammes d'acide chlorhydrique dans un litre d'eau. Un seul lit doit être occupé dans chaque cabine, et on réservera les cabines voisines des infirmeries pour les infirmiers. L'isolement n'étant guère possible sur les navires à voiles, il faut alors appliquer avec d'autant plus de minutie les mesures de désinfection. Les postes d'équipage placés à l'avant des navires sont une source puissante d'infection pour la cale; il ne faut point y laisser séjourner les malades, dont les déjections tombent dans cette cale et rendent la désinfection du navire très difficile; il faut alors décharger complètement celui-ci, l'assainir entièrement, ce qui demande beaucoup de temps et devient très onéreux.

3° *Substances désinfectantes; doses et mode d'emploi.* — Sulfate de cuivre (couperose bleue) et chlorure de chaux en solution *forte* 50 p. 1,000 et *faible*, 20 p. 1,000; acide chlorhydrique, à 4 p. 1,000, pour rincer la bouche; acide phénique à 1 et 4 p. 100; sulfate de zinc et sel marin, 15 à 30 grammes p. 1,000; sublimé, 2 p. 1,000; fumigations sulfureuses; étuves à désinfection; solution de chlorure de chaux à 1 p. 100 pour le lavage de la figure et des mains. Toutes les déjections des malades doivent être immédiatement désinfectées avec l'une des solutions fortes de sulfate de cuivre ou de sulfate de chaux, et jetées dans les cabinets d'aisances; puis on lave la cuvette et le vase avec les mêmes solutions qui doivent rester en permanence, d'avance, au fond de la cuvette. Les linges souillés sont lavés avec les mêmes solutions. Les vêtements seront passés à l'étuve de désinfection, s'il en existe une à bord; à défaut d'étuve, les hardes seront plongées dans l'eau maintenue bouillante au moins pendant une demi-heure ou mises à temps dans une solution faible de sulfate de cuivre ou de chlorure de chaux pendant au moins quatre heures. Les vêtements et autres objets qui pourraient être fâcheusement détériorés par leur immersion dans l'eau bouillante ou dans une solution désinfectante, seront soumis à la fumigation sulfureuse. Les matelas et autres objets de literie seront passés à l'étuve ou soumis à la fumigation sulfureuse, ou, à leur défaut, jetés à la mer. Si un malade vient à succomber, le corps sera mis dans un linceul largement aspergé avec l'une des solutions fortes et jeté immédiatement à la mer. Après la cessation de l'épidémie, les cabines précédemment occupées par les malades et les infirmiers doivent être soigneusement désinfectées.

Toutes les opérations de désinfection doivent être relatées avec détail à la date de leur exécution, sur le livre du bord et sur le registre spécial du médecin embarqué ou, en l'absence du médecin, sur le journal du bord. Le capitaine et le médecin certifient la sincérité des déclarations inscrites sur ces registres par leurs signatures apposées à la suite de chaque inscription de cette nature.

La désinfection, régulièrement et énergiquement pratiquée avec toutes les précautions susdites, donnerait une garantie sérieuse à la santé publique et rendrait le plus souvent la quarantaine inutile à l'arrivée au port de destination, où il faudra néanmoins procéder au nettoyage et à la désinfection du navire et de son contenu.

Il est donc de l'intérêt des grandes Compagnies de navigation, et des armateurs en général, d'exiger des capitaines et des médecins la stricte exécution de ces mesures à bord de leurs navires. Avec la régularité et la vigueur de l'action à bord pendant le cours du voyage et la sincérité des déclarations à l'arrivée, la rigueur et la durée des mesures de quarantaine aux ports de destination pourraient être considérablement atténuées.

Pour assurer l'exécution de ces prescriptions, MM. Brouardel et Proust demandent

que les médecins, au lieu d'être nommés par les Compagnies et d'être ainsi leurs agents, soient des fonctionnaires relevant directement de l'administration, nommés par elle après un examen subi devant une commission prise dans le Comité consultatif d'hygiène publique de France ou présidée par l'un de ses membres. Il y aurait en outre, pour ces médecins, une garantie de compétence qu'ils sont loin d'avoir actuellement, car ils sont trop souvent pris parmi les étudiants en médecine n'ayant qu'un petit nombre d'inscriptions, ou même parmi les déclassés de la profession.

Les objections n'ont pas manqué à ces propositions pourtant si sages. La désinfection et autres mesures sanitaires prises à bord ont rencontré cependant une grande faveur, surtout la désinfection avec la vapeur sous pression. « L'Exposition maritime internationale du Havre, dit le *Bulletin médical,* permettait précisément d'étudier les étuves de ce système adopté par le gouvernement français pour ses navires, et l'on pouvait aussi y voir un appareil qui n'a encore nulle part son analogue en Europe.

« Dans les ports qui n'ont pas de lazaret, ce qui est le cas au Havre, lorsqu'un navire suspect ou contaminé se présente, l'administration sanitaire maritime est actuellement tenue de l'envoyer au lazaret le plus voisin; on a pensé que, la plupart du temps, il y aurait avantage à pouvoir pratiquer la désinfection à proximité de ce navire et, dans ce but, le gouvernement a fait construire un chaland à désinfection destiné à être placé le long du bord du navire où le médecin sanitaire a décidé de faire pratiquer la désinfection. »

Le point qui a rencontré la plus vive opposition, c'est la présence à bord des navires de commerce d'un médecin nommé par l'Etat.

D'après les opposants, le capitaine doit être seul maître de son navire, après Dieu, suivant la formule consacrée, et il serait à craindre qu'un conflit ne s'élevât entre le médecin et lui à propos des mesures à prendre en cas d'épidémie. Sans doute, les désastres causés par les épidémies se sont chiffrés par des sommes considérables d'argent et par la perte de plusieurs milliers d'êtres humains; mais ces calamités sont encore des exceptions, et l'armateur aimera toujours mieux encourir les risques des quarantaines que d'avoir sur ses bateaux des agents directs de l'administration sanitaire; d'autant que leur présence n'empêcherait en rien les autres nations de prendre des mesures quarantenaires contre ces mêmes navires.

Mais, comme le fait très bien ressortir le *Bulletin médical,* ces calculs égoïstes ne tiennent pas compte de la fréquence de plus en plus grande des épidémies de cette nature, épidémies dues à la rapidité et à l'extension chaque jour plus développées de la navigation internationale. Il importe donc que l'Etat puisse imposer des mesures, peu coûteuses en réalité, d'une exécution devenue de plus en plus facile et dont l'efficacité a été démontrée par de nombreux exemples, et qu'il puisse faire contrôler cette exécution par ses agents. — L.-H.

BIBLIOTHÈQUE

Galacti-densimètre du docteur Rousse, de Fontenay (Vendée). Niort, Gravat-Schillet, 1887.

L'instrument que préconise M. Rousse est construit sur le principe du densimètre Rousseau, qui permet de prendre la densité de petites quantités de liquide à l'aide d'une espèce de cupule dont l'on coiffe le flotteur. Pour se servir du galacti-densimètre, on prend une éprouvette de la contenance d'un litre environ, on le remplit à peu près complètement d'eau distillée; on met ensuite dans l'éprouvette l'instrument que l'on coiffe de la cupule contenant 5 c. c. de lait que l'on veut peser, avec la main on fait plonger l'instrument jusqu'au nombre 50 et on l'abandonne à lui-même. La température de l'eau étant prise, on lit le chiffre qu'indique l'instrument au repos, et on à la densité du lait. Un tableau de rectification permet d'avoir la densité à 15°. Les meilleurs laits sont ceux dont le poids spécifique oscille entre 1030 et 1036. — P. C.

Contribution a l'étude de la paralysie spinale aigue de l'adulte, par le docteur Joao-Paulo de Carvalho. Rio-Janeiro, 1887.

D'après l'auteur, la fièvre paludéenne pernicieuse doit être rangée parmi les pyrexies capables de déterminer la paralysie spinale aiguë, à côté de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la variole, de la scarlatine. L'influence de cette cause pathogénique peut être expliquée d'une façon très rationnelle à l'aide des nouvelles doctrines microbiologiques.

La notion pathogénique mise en lumière dans ce mémoire conseille au praticien une application thérapeutique de la plus haute importance, c'est-à-dire l'administration initiale et continue des sels de quinine, dans les cas pareils à celui-ci, ce qui peut avoir une influence des plus efficaces sur le nombre, l'extension et l'intensité des atrophies futures, en modifiant le pouvoir destructif des micro-organismes, et en restreignant, jusqu'à un certain point, leurs déterminations médullaires. — P. C.

Archives roumaines de médecine et de chirurgie, dirigées par G. Assaky. Paris, Félix Alcan, 1887.

Salus, honos et argentum, atque... Mes souvenirs de latinité déjà fort éloignés, hélas! ne me fournissent pas la traduction de « beaucoup d'abonnés ». Tel est le souhait de bienvenu que nous adressons cordialement à la revue que dirige notre excellent ami et ex-collègue Assaki que la grande cité Lilloise n'a pu retenir dans son sein.

Le premier numéro de notre nouveau confrère est riche en mémoires originaux d'un réel intérêt. M. J. Félix, professeur d'hygiène, doyen de la Société de médecine de Bucarest, a donné une étude sur la nécessité des hôpitaux d'isolement et l'installation de ces hôpitaux, et M. V. Manolescu, professeur d'ophthalmologie à la même Faculté, l'exposé d'un nouveau procédé d'iritomie. Vient ensuite un travail de M. le docteur J. Kiriac, chirurgien-adjoint des hôpitaux, consacré aux greffes épithéliales de l'agneau à l'homme.

Chez deux malades, on a tenté des greffes de tissus appartenant non à des espèces animales différentes, mais aussi à des systèmes anatomiques différents. On a appliqué des endothéliums sur des surfaces que tapissent d'ordinaire des cellules provenant du feuillet externe, et ces endothéliums se sont comportés comme le font les greffes épidermiques, ils sont devenus le point de départ de rapides proliférations cellulaires. Comme dans les greffes épidermiques, les fragments des tissus greffés ont paru disparaître les premiers jours; quelques-uns ont définitivement disparu. Mais, dans d'autres points, dans l'endroit précis où a été appliqué le tissu greffé, se sont développés des îlots épithéliaux qui ont grandi et se sont étendus avec une grande rapidité. Il y a eu greffe d'épithélium épiploïque à des surfaces cutanées sous-germantes, dans le sens que l'on attache aujourd'hui à ce mot.

Citons encore la note de M. V. Babès sur l'étiologie de certaines formes d'entérite chlolériforme et dysentérique et un recueil de faits renfermant d'intéressantes observations d'obstétrique, deux faits d'étranglements spontanés des membres, ces dernières recueillies par notre ex-confrère en internat C. Buicli.

Conçues sur le plan des Revues de médecine et de chirurgie, les *Archives roumaines* nous paraissent appelées à un bel avenir; ceux de nos collègues roumains que nous avons pu connaître à Paris nous en sont un sûr garant. — P. Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1887. — Présidence de M. Bergeron.

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage le seizième fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales.*

M. Auguste OLLIVIER présente, au nom de M. le docteur Monin, une brochure de la Bibliothèque utile, intitulée : *Les maladies épidémiques, hygiène et prévention.*

M. BALL donne lecture de la déclaration suivante :

« Depuis quelque temps, une affaire retentissante a violemment attiré l'attention de la presse et du public. Je ne veux certainement point revenir sur les accidents multiples de l'affaire Seillière; mais, en présence des attaques insensées, dont quelques-uns de nos confrères les plus honorables viennent d'être l'objet, il m'a paru nécessaire d'élever la voix, dans cette enceinte, pour protester au nom de notre corporation tout entière contre des accusations aussi odieuses que ridicules. L'indépendance absolue de ma position m'en donne le droit, et la situation officielle que j'occupe m'en fait presque un devoir.

« Le baron Seillière a été mis en liberté. Un médecin de la préfecture, opérant par voie administrative, a déclaré que son état actuel justifiait sa sortie. Or, à peine élargi, le baron a rempli la presse anglo-américaine de ses plaintes rétrospectives, qui ont été immédiatement répercutées par la presse française. On a vu paraître dans les feuilles publiques un journal rédigé par le malade pendant son internement, et l'on apprenait ainsi que, dès son entrée dans la maison de M. le docteur Falret, il avait été l'objet de tentatives criminelles destinées à lui faire perdre la raison et la vie. Des injections hypodermiques auraient été pratiquées dans le but de troubler ses facultés intellectuelles. Plus tard, il aurait été enfermé dans une chambre où des gaz toxiques étaient projetés à travers une fissure du plancher, afin de le faire périr par asphyxie, et c'est avec les plus grandes difficultés qu'il aurait échappé à cette tentative d'assassinat; enfin, on lui aurait mis la camisole de force pour lui ingurgiter un liquide corrosif, dont les éclaboussures auraient brûlé ses vêtements.

« Des organes sérieux de la presse reproduisent ces divagations; vous en reconnaîtrez facilement l'insanité. Mais est-il possible, à l'époque où nous vivons, de répondre par le mépris seulement à des assertions semblables? Ce serait méconnaître absolument les mœurs contemporaines.

« J'affirme, d'après mon expérience personnelle, que cet étrange roman a provoqué une émotion profonde dans toutes les classes de la société, et ce sera l'un des étonnements des hommes de science, de voir que le diagnostic formulé par les autorités les plus éminentes n'a pas suffi pour contrebalancer, dans l'esprit du grand public, les assertions sans fondement de quelques journalistes.

« Est-il nécessaire de prouver à la société, dans laquelle nous vivons, que les aliénistes ne sont pas des assassins? On pourrait croire que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces attaques insensées, et pourtant il n'en est rien.

« Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue et les plus vastes connaissances scientifiques ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés.

« Je ne sais s'il appartient à l'Académie d'ouvrir une discussion sur des faits pareils, mais je ne puis réprimer le sentiment de douleur et d'indignation que j'éprouve en présence des calomnies qui se propagent sans obstacle dans la masse du public et jusque dans l'enceinte des assemblées législatives.

« Les aliénistes qui en font partie éprouveront sans doute le besoin de protester. Pour moi, j'ai déchargé ma conscience et je ne crains pas d'en appeler dans cette circonstance solennelle aux sentiments de justice et de dignité qui ont toujours animé les membres de cette compagnie. »

— M. PLANCHON lit, au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à trois heures trois quarts.

FORMULAIRE

Lotion contre le prurit de l'anus. — Johnston.

Hyposulfite de soude...........................	15 grammes.
Acide phénique.................................	2 gr. 50 cent.
Glycérine......................................	8 grammes.
Eau distillée..................................	120 —

Faites dissoudre, pour lotions de la région anale, après un lavage préalable à l'eau froide. L'auteur recommande en outre d'étaler sur la muqueuse de l'anus, tous les jours ou tous les deux jours, de 0,30 à 0,60 centigram. d'iodoforme. — Généralement, après deux ou trois de ces applications, le prurit disparaît, ce qui n'empêche pas de les continuer trois ou quatre fois par semaine, jusqu'à complète guérison. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Don fait par testament a la Société de médecine de Berlin. — La Société de médecine berlinoise vient d'hériter, d'une façon fort imprévue, d'une somme assez importante.

Il y a quelques années mourait sans enfants un médecin de Lisbonne, le docteur Pedro Francisco da Costa Alvarenda ; comme il était sans héritiers directs, il légua sa fortune assez considérable à diverses institutions humanitaires et Sociétés savantes parmi lesquelles se trouvent l'Institut « Misericordia » de Lisbonne, l'Académie de médecine de Belgique, etc. La plupart des légataires avaient reçu leurs dons, quand il y a quelques jours le Président de la Société de médecine berlinoise reçut une lettre de l'exécuteur testamentaire du docteur Da Costa annonçant qu'il tenait à la disposition de la dite Compagnie la somme de 60,000 marks (75,000 francs). En faisant lecture de cette lettre à la Société, le professeur Virchow a fait ressortir que le docteur Da Costa était un grand ami de la science allemande, que, dans ses voyages à Berlin, il ne manquait jamais de venir assister aux séances de la Société de médecine, etc., etc.

Prophylaxie de la rage. — Un Institut de bactériologie vient d'être fondé à Constantinople. Des ordres sont donnés pour que toutes les personnes mordues par des chiens enragés soient rapidement transportées à l'établissement où elles seront traitées suivant la méthode préventive de Pasteur.

Vienne. — Vu le nombre croissant des chiens atteints de rage à Vienne, l'administration, au rapport de la *Wiener med. Wochenschrift*, s'appuyant sur la loi des épizooties, a ordonné que tous les chiens, circulant dans le rayon de police de Vienne, fussent muselés, et a pris toutes les mesures nécessaires pour que les règlements et ordonnances sur la prophylaxie de la rage fussent rigoureusement observés.

— Voici les principales questions à l'ordre du jour de la 60e réunion de la Société des médecins et naturalistes allemands qui se tiendra prochainement à Wiesbaden :

Crâniométrie : utilité théorique et pratique au point de vue de la biologie : professeur Benedict (de Vienne). — Vie et respiration des plantes : professeur Detmer (d'Iéna). — Putréfaction et maladies infectieuses : F. Hueppe (de Wiesbaden). — La médecine et l'Ecole : professeur Lowenthal (de Lausanne). — Mécanisme de la physiognomie (*Mecanismus der Physiognomik*) : professeur Meynert (de Vienne). — Développement des connaissances sur les composés chimiques isomères : professeur Vislicenus (de Leipzig).

— *La polyclinique universitaire des maladies des premières voies respiratoires* (fosses nasales, gorge, larynx), dont l'*Union médicale* a annoncé il y a quelques mois l'installation, vient de publier les premiers résultats de sa courte période d'activité.

Les cours ont été suivis avec assiduité par 21 étudiants ; de nombreux médecins de toute nationalité (italiens, russes, norvégiens, anglais, chiliens) ont pris part aux exercices. Si les résultats de l'enseignement ne suffisent pas à démontrer l'utilité de cette

institution, le nombre des malades traités sera plus éloquent. A la fin du cours, le professeur Frænkel a fait connaître que, pendant les deux derniers mois, il avait donné ses soins à 500 malades. Il a donné la statistique suivante des opérations exécutées :

Déviations de la cloison des fosses nasales, 4 opérations ; polypes des fosses nasales, 12 cas ; végétations adenoïdes, 28 cas ; ablations des amygdales, 22 ; extirpations de polypes laryngés, 6 ; extractions de corps étrangers, galvanocaustique des fosses nasales du pharynx, du larynx, très fréquentes ; paralysie des cordes vocales, 14 ; goitre, 15, etc. — Ch. S.

COURRIER

Par décret, en date du 25 juillet, M. le docteur Betancès a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le Conseil municipal de Paris a voté, dans l'une de ses dernières séances, l'agrandissement de l'amphithéâtre des opérations et des cours de l'hôpital de la Pitié.

UNE DOCTORESSE. — Mme de Herodinoff, née en 1840 en Russie, bachelière ès-lettres en France en 1880, bachelière ès-sciences en 1882, vient d'être reçue docteur en médecine à Paris avec la note très satisfait, pour sa thèse sur les myélopathies syphilitiques tertiaires diffuses ou disséminées.

CONSOMMATION DE LA BIÈRE EN FRANCE. — Jusqu'ici en France, c'est la ville de Nantes qui consomme le moins de bière : 4 litres par an et par habitant. Viennent ensuite Angers, 5 litres ; Rennes, 6 litres ; Le Mans, Caen, Saint-Étienne, Nîmes, chacun 7 litres ; Bordeaux et Cette, 8 litres ; Lyon et Marseille, 9 litres ; Toulon, Orléans, Montpellier, 10 litres ; Toulouse, Limoges, Clermont-Ferrand, 11 litres ; Paris, 12 litres par habitant, ainsi que Nice, Tours et Troyes ; Rouen et Béziers, 14 litres ; Brest, 16 litres ; Grenoble, 17 litres ; Lorient, 18 ; Versailles, 19 ; Dijon, 20 ; Le Havre, 22 ; Besançon, 26 ; Saint-Denis, 36 ; Reims, 39 ; Nancy, 48 ; Boulogne-sur-Mer, 78 ; Amiens, 100 ; Dunkerque, 145 ; Roubaix, 211 ; Tourcoing, 222 ; Saint-Quentin, 234 ; Saint-Pierre-lès-Calais, 238 ; et enfin Lille, 301.

A Munich, la consommation dépasse pour une année 400 litres par tête !

(*Lyon médical.*)

HÔPITAUX DE LYON. — Le concours pour dix places de pharmaciens adjoints s'est terminé par la nomination de MM. Jeannin, Venet, Moreau, Bolli, Rousset, Jacquet, Romayer, Neyret, Vacheron, Sulliard.

Bulletin bibliographique.

Leçons sur les maladies du système nerveux, professées à la Salepêtrière, par M. J.-M. CHARCOT, et recueillies par MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette. Tome III, deuxième fascicule. 1 vol. in-8° de 380 pages, avec 64 figures dans le texte. — Prix : 9 fr. — Ce fascicule complète le tome III.

Cet ouvrage se trouve au « Progrès médical », 14, rue des Carmes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le foie destructeur des poisons.

Parmi les plus curieuses et les plus importantes découvertes de la physiologie expérimentale contemporaine, il faut ranger celle de la propriété que possède le foie d'arrêter et de détruire certains poisons. C'est bien une découverte toute contemporaine : un savant belge, Héger, la soupçonnait le premier en 1873; Schiff, en 1877, la prouvait pour certains poisons végétaux; Héger, à son tour, reprenait la question, imitée par Lautenbach et Jacques.

Mais on peut dire que notre collègue et ami G.-H. Roger, préparateur au laboratoire de M. le professeur Bouchard, vient de lui donner une ampleur inattendue, et l'a faite véritablement sienne par la multiplicité des conséquences qu'il en a déduites, comme par l'ingéniosité des expériences de démonstration qu'il a instituées et exécutées. On trouvera dans la thèse inaugurale (1) de ce jeune et brillant médecin physiologiste le détail de ses expériences, dont il a d'ailleurs publié lui-même un très clair résumé (2).

I

C'est à propos des alcaloïdes végétaux qu'a été faite la découverte de la propriété anti-toxique du foie (si l'on veut nous pardonner ce néologisme). Schiff prouva qu'une dose de nicotine, qui est mortelle quand on l'injecte dans les veines périphériques d'un animal, reste sans effet quand on l'in-

(1) *Le foie et les poisons*, C. Steinheil, 1887.
(2) *Le foie et les intoxications*. (*Gaz. des hôp.*)

FEUILLETON

LA PROSTITUTION DANS L'ANTIQUITÉ. — Etude d'hygiène sociale, par le docteur Dupouy. — Paris, 1887.

Dans ce livre plein de faits dignes d'être médités, notre érudit confrère nous donne le résultat de ses recherches sur un sujet dont les détails éclairent l'humanité d'un jour triste, mais très vif, qui nous fait pénétrer jusqu'au fond de sa nature, et dans lequel, sans doute, pendant bien des siècles encore, le physiologiste, le philosophe et le législateur trouveront une source d'études sérieuses et d'enseignements utiles.

L'auteur a pris pour épigraphe la phrase suivante de Rollin, comme pour servir de motif à son instructive publication : « Tout ce qui regarde les mœurs et les coutumes des peuples en fait connaître le génie et le caractère; c'est ce qu'on peut appeler l'âme de l'histoire. »

Rien n'est plus vrai. Par les renseignements précis et les descriptions que nous devons à sa plume loyale, nous pouvons juger et apprécier le degré d'intelligence et de moralité des populations qui sont en cause. Toutefois, ici, « l'âme de l'histoire » est bien terre à terre, beaucoup trop près de la nature !

Mais qu'est-ce que la prostitution ? J'ai trouvé curieux de citer ici la définition donnée par un grand juriste romain, Domitius Ulpianus, et rappelée par notre confrère :

troduit dans la veine porte. L'expérience réussit toujours quand le poison n'est pas injecté en solution trop concentrée, et c'est pour n'avoir pas évité cette cause d'erreur que M. René (de Nancy) n'a pas obtenu les mêmes résultats que les autres expérimentateurs.

Les autres alcaloïdes végétaux sur lesquels l'action du foie a été démontrée sont la strychnine, la quinine, la vératrine, l'atropine, l'hyosciamine, la morphine. Le foie, d'après Roger, arrête environ la moitié de la quantité de ces poisons qui le traverse. A propos de la morphine, une première conclusion pratique se dégage : une dose de cet alcaloïde, administrée en injections sous-cutanées, échappe à l'action du foie et impressionne deux fois plus l'organisme que si elle est introduite par le tube digestif. On savait déjà que le curare, si énergiquement toxique quand il pénètre directement dans la circulation générale par la blessure d'un vaisseau périphérique, cesse d'être nuisible s'il est ingéré par l'estomac. Roger a donné l'explication du fait; il lui a fallu introduire trois fois plus de curare par la veine porte pour tuer un kilogramme d'animal qu'il n'en avait fallu par injection dans une veine périphérique.

Mais ce ne sont pas seulement les alcaloïdes végétaux introduits accidentellement dans l'organisme que le foie arrête, transforme ou détruit; sa propriété est bien plus générale, et par suite les services qu'il rend à l'organisme sont bien plus constants.

Il convient de rappeler que, suivant l'expression de M. Bouchard, si souvent citée parce qu'elle est si frappante, « l'organisme vivant est, même à l'état normal, un laboratoire et un réceptacle de poisons. »

Ces poisons proviennent de sources multiples. Les uns sont les déchets de la vie des cellules, produits de la dénutrition de celles-ci, rejetés par elles dans le milieu où elles baignent, c'est-à-dire dans le sang et dans les plasmas.

D'autres sont introduits dans l'organisme par l'alimentation. Parmi les substances toxiques d'origine alimentaire figurent des substances minérales, et il y a surtout à tenir compte de la potasse. La quantité de

---

« Une femme fait un commerce public de prostitution, non seulement quand elle se prostitue dans un lieu de débauche, mais encore lorsqu'elle fréquente les cabarets et d'autres endroits dans lesquels elle ne ménage pas son honneur.

« On entend par un commerce public le métier de ces femmes qui se prostituent à tous venants et sans choix. Ce terme ne s'étend pas aux femmes mariées qui se rendent coupables d'adultère, ni aux filles qui se laissent séduire.

« Une femme qui s'est abandonnée pour de l'argent à une ou deux personnes n'est point censée faire un commerce public de prostitution.

« Celles qui se prostituent publiquement, même sans prendre d'argent, doivent être mises au nombre des femmes qui font commerce public de prostitution. »

Il paraît qu'à Rome — il est question ici de Rome payenne — cette définition très discutable était la définition légale de la prostitution. Il n'est pas indifférent d'attirer l'attention des lecteurs sur ce point de vue. En effet, on admet généralement trois périodes distinctes dans l'histoire de la prostitution, celle de la *prostitution hospitalière*, c'est-à-dire la concession à titre gracieux de la femme, esclave ou non, à l'hôte, celle de la *prostitution sacrée*, toute au profit des temples, et celle de la *prostitution légale*, tolérée et plus ou moins surveillée, « la gardienne immorale de la moralité publique ». Notre confrère admet ces trois formes de la prostitution, à l'exemple de la plupart des auteurs qui ont traité le même sujet, en y ajoutant, toutefois, la prostitution *libre*. Or, il me semble que la première doit être séparée des autres et retirée. Si je ne me

potasse varie suivant le régime alimentaire de l'individu. « Chez les herbivores, où l'ingestion des sels de potasse est à son maximum, la quantité introduite quotidiennement est trois fois supérieure à celle qu'il serait nécessaire d'injecter dans les veines pour tuer l'animal; autrement dit, si la potasse alimentaire était retenue dans l'organisme, elle serait capable d'amener la mort en huit heures. »

Parmi les matières alimentaires organiques et toxiques, on doit tenir compte aussi des albuminoïdes. L'albumine se transforme en peptone dans le tube digestif; or, 1 gr. 69 de peptone tue 1 kilog. d'animal.

Enfin les innombrables microbes qui habitent normalement le tube digestif fabriquent aux dépens des matières organiques de l'alimentation des substances toxiques, telles que les ptomaïnes et le phénol.

Si l'organisme contient tant de poisons reçus ou formés par lui, et pourtant ne s'empoisonne pas, c'est d'abord parce que ceux-ci sont rejetés incessamment par les émonctoires. M. Bouchard a montré expérimentalement que la sécrétion urinaire quotidienne d'une homme de 65 kilog. contient assez de poison pour tuer 30 kilog. de substance vivante. Le même auteur a prouvé que la bile entraîne aussi des poisons; la salive en contient aussi (Gautier). Cependant l'élimination par les émonctoires ne suffirait pas à la protection de l'organisme, puisqu'on a calculé que « la somme des poisons éliminés est inférieure à la somme des poisons formés ou introduits ». Si l'organisme échappe à l'intoxication, c'est aussi parce qu'il possède le pouvoir de transformer et de neutraliser dans son sein les poisons qu'il n'élimine pas. Ces transformations s'accomplissent dans les tissus, dans le sang et dans les organes hématopoiétiques, mais surtout, et c'est là le point qu'ont mis en lumière les travaux de Roger, dans le foie.

Parmi les poisons de l'organisme dont nous avons signalé la nature et les sources, quels sont ceux que le foie est apte à transformer ou à neutraliser?

Entre les poisons minéraux, la potasse échappe à l'action du foie; c'est

---

trompe, la prostitution, telle qu'elle est moralement établie de nos jours, dans notre civilisation, suppose essentiellement un *lucre.*

Mettant donc de côté l'offrande hospitalière et naïve, qui se fait encore, dit-on, dans certains pays, si l'on fait abstraction de la condition de lucre, on confondra deux choses qui ont une physionomie toute différente, des points de départ tout à fait divers, d'une part, la prostitution proprement dite et, d'autre part, la passion ou l'immoralité génésique, avec ses trois degrés, les *mœurs faciles,* le *libertinage,* la *débauche.*

L'histoire de la prostitution est-elle, comme on l'a dit, l'histoire de l'humanité? Si le mot *prostitution* a un sens précis, celui que je viens d'indiquer, l'histoire de la prostitution n'est-elle pas bien plutôt et exclusivement liée à l'histoire du groupement humain qu'on nomme la *civilisation?* La prostitution a commencé avec la civilisation, lorsque la promiscuité bestiale des sexes et la force brutale n'ont plus suffi à l'homme pour lui procurer l'assouvissement de ses appétits impérieux, et lorsque la femme a compris qu'elle a dans les besoins passionnels de l'homme une ressource inépuisable. Mais qui a primitivement ouvert les yeux de la femme sur la possibilité de ce commerce en même temps si peu naturel et si fécond? Rien de plus curieux! La civilisation a débuté par la notion religieuse. Or, c'est dans les temples que la femme a été initiée à la prostitution, et qu'elle a pu en comprendre les avantages. La prostitution est d'origine religieuse. C'est ce qui ressort d'une manière éclatante de la lecture du livre de M. Dupouy, et ce n'est pas la partie la moins intéressante de ce livre.

par le rein que s'éliminent les sels de potasse. D'où une indication précise de restreindre autant que possible l'apport des sels de potasse dans l'alimentation des brightiques et de ne leur administrer comme médicaments que des sels de sodium.

Les peptones, issues de la transformation des albuminoïdes dans l'estomac et l'intestin, subissent de la part du foie des transformations; en effet, tandis que 1 gr. 69 de peptone par kilogramme d'animal, injecté dans une veine périphérique, cause la mort d'un lapin, il faut 4 grammes de peptone pour tuer celui-ci si l'injection est faite dans un rameau porte. Ce n'est pas, il est vrai, sur les peptones formées dans le tube digestif que le foie exerce normalement son influence; car on sait que, en traversant la paroi même de l'intestin, les peptones se déshydratent pour passer à l'état d'albumine, albumine imparfaite d'ailleurs, qui ne devient définitivement propre à l'assimilation qu'après avoir subi certaines modifications dans le foie.

Il est une catégorie de poisons formés normalement dans le tube digestif sur lesquels le foie a une grande influence, ce sont les produits des putréfactions intestinales élaborés par les microbes aux dépens des résidus non digérés de l'alimentation. Parmi eux, on peut citer le phénol qui, dans le parenchyme hépatique, se conjugue avec un radical sulfuré; il en résulte un phényl-sulfate notablement moins toxique que le phénol. Parmi les autres poisons putrides, les ptomaïnes perdent, en traversant le foie, une bonne part de leur toxicité.

Le foie n'a guère d'action sur les substances ternaires; l'alcool est à peine modifié par lui; l'acétone, la glycérine le traversent sans que leur toxicité diminue.

Les poisons qui résultent de la désassimilation des tissus subissent dans le foie des métamorphoses bien dignes d'attention. On sait que l'urée est l'aboutissant ultime des transformations que doivent subir les déchets azotés de la désassimilation pour devenir excrémentitiels. Les diverses étapes de ces transformations sont représentées par une série de corps

---

En résumé, la prostitution étudiée dans l'antiquité se présente sous trois faces, — la prostitution sacrée, — la prostitution légale, — la prostitution libre.

Notre auteur a donc tracé l'histoire de la prostitution sacrée dans l'Inde, où régnait le culte du *Lingam;* dans l'Asie Mineure, où ses moyens de domination et ses sources d'exploitation étaient les cultes de *Phallou*, de *Baal-Péor*, de *Molock*, d'*Atis* et d'*Adonis*, et les *Vénus asiatiques;* en Egypte, où elle avait pour base le culte de *Priape*, d'*Isis* et d'*Osiris;* chez les Hébreux, où a dominé le culte de *Baal;* en Grèce, où florissaient les cultes de *Vénus* et de *Phallus;* et en Italie, où l'on retrouve les cultes de *Priape* et de *Vénus*, et les *fêtes de la prostitution religieuse*.

Puis, celle de la prostitution légale en Grèce d'abord, où il a décrit les *dictérions* et rappelé les lois relatives à la prostitution dans cette nationalité; et ensuite à Rome, où il a trouvé les éléments d'un chapitre sur les *lois et règlements de la prostitution à Rome*, et où il a signalé la *pédérastie légale!*

Enfin, esquissant l'histoire de la prostitution libre dans l'antiquité, il a évoqué le *demi-monde* et le *quart de monde* à Athènes, les hétaïres célèbres et leurs puissants protecteurs, la haute école de débauche et de luxure de Corinthe, d'abord sacrée, puis source abondante de recrutement de la prostitution libre, rappelé l'amour anti-physique en Grèce avec ses détails sommairement exposés; et, portant son examen historique sur l'Italie, il a passé en revue ce qu'il appelle les auxiliaires de la prostitution à Rome, la prostitution masculine, la corruption des Césars, la dépravation des mœurs de la société romaine, etc., etc.

dont font partie les sels ammoniacaux, les acides (leucine, tyrosine, etc.) Or, ces transformations s'opèrent au moins en partie dans le foie. M. Brouardel a consacré, en 1876, au rôle uropoiétique du foie un mémoire demeuré justement classique.

Dans des cas où le foie est plus ou moins désorganisé, comme dans l'atrophie jaune aiguë de cet organe (Frerichs), la cirrhose (Stadelmann et Hallerworden), on voit apparaître dans l'urine la leucine, la tyrosine, ou augmenter l'ammoniaque, tandis que l'urée diminue. Récemment, à l'aide d'ingénieuses méthodes expérimentales, en faisant circuler comparativement à travers le foie et à travers d'autres parenchymes des sels ammoniacaux à acides organique ou carbonique, des physiologistes comme Minkowski et Schrœder ont prouvé que le foie transforme ces sels ammoniacaux en urée; or, cette transformation a pour résultat de leur faire perdre leur toxicité, puisque l'azote, sous forme de carbonate d'ammoniaque, est quarante fois plus toxique qu'à l'état d'urée (Bouchard). D'ailleurs Roger, injectant des sels ammoniacaux (carbonate, ou sel à acide organique, lactate) dans la veine porte et dans une veine périphérique comparativement, a constaté que, dans les premiers cas, ils sont deux fois moins toxiques. Il ressort des expériences de Roger, comme de Minkowski et Schrœder, qu'un sel ammoniacal à acide fort, tel que le chlorydrate, échappe à l'influence du foie.

Outre les poisons précédemment mentionnés, ceux qui sont éliminés habituellement par l'urine, poisons urinaires, sont encore justiciables du foie, puisque celui-ci peut en neutraliser environ la moitié.

Au cours de ses expériences, M. Roger a été frappé d'une coïncidence bien digne de fixer l'attention; toutes les fois que le foie cesse par suite d'une altération de son parenchyme de détruire ou de neutraliser les poisons, il a cessé également de contenir du glycogène. C'est dans l'inanition surtout que se montre avec évidence la relation entre la richesse du foie en glycogène et son rôle de destructeur des poisons; jour par jour, au fur et à mesure que l'inanition se prolonge, on voit diminuer parallèlement ces

---

Après ce rapide et incomplet coup d'œil général, je puis entrer dans le vif du sujet par quelques extraits qui, je le pense, ne seront pas sans intérêt.

Notre confrère fait remarquer que « le premier sentiment religieux des hommes, au sortir de l'état sauvage, fut l'adoration des forces mystérieuses qui tendent à la propagation de l'espèce. Ils adorent le soleil; et chez tous les peuples de l'antiquité, le soleil fut considéré comme le principe du feu, le feu comme le principe de la génération et les organes sexuels comme les attributs de la divinité qui féconde la nature ». Le mot persan *Ized* signifie encore soleil et amour. Assurément, au commencement de la vie à la surface de la terre, l'acte de la reproduction a été, pour tous les êtres vivants, et pour l'homme en particulier, le plus grand, le plus entraînant... et cela n'a pas beaucoup changé de nos jours!

On voit donc tout de suite comment, chez les populations primitives, est né le culte immense et si répandu de l'organe sexuel de l'homme sous les noms de *Lingam, Phallus, Priape*, en Italie *il membro santo,* organe qui est, selon Apulée, « l'adorable image de la divinité suprême et l'instrument des plaisirs les plus secrets », et comment la prostitution sacrée, c'est-à-dire la prostitution réservée aux prêtres et créée par eux, est devenue « un des revenus les plus productifs de leurs autels ».

En effet, les débuts de la civilisation ont été marqués par la formation d'une classe d'individus intelligents, paresseux, avides de jouissances, qui, voyant l'homme en proie à des tendances ou penchants irrésistibles, à des besoins inéluctables, à des passions nées de sa nature même, et surtout à la profonde croyance au surnaturel, source de la

deux propriétés. Au bout de quatre à cinq jours de jeûne, il n'y a plus de glycogène dans le parenchyme; à ce moment-là, que les poisons soient injectés dans la veine porte ou dans une veine périphérique, ils tuent l'animal à la même dose. Pour achever la démonstration, si au moment où le foie, déjà pauvre en glycogène, commence à neutraliser moins activement les poisons, on lui rend des substances capables de se transformer en glycogène, on lui restitue par cela même sa propriété antitoxique.

M. Roger s'est demandé si l'explication de ce fait ne découle pas d'une découverte de M. Tanret, qui, chauffant en vase clos de la glycose mélangée à des alcaloïdes ou à de l'ammoniaque, a constaté que ces corps sont chimiquement modifiés; Roger a prouvé que ces modifications consistent, au point de vue physiologique, en une diminution de la toxicité; l'atropine surtout, le carbonate et le lactate d'ammoniaque perdent une part de leur toxicité; seul le chlorhydrate d'ammoniaque, sur lequel nous avons vu que le foie n'a pas d'action, ne perd pas de sa toxicité au contact de la glycose.

II

Il était facile de prévoir que les découvertes physiologiques dont nous venons de parler étaient grosses de conséquences pathologiques et thérapeutiques. Ce sont ces conséquences que notre maître, M. Bouchard, a exposées d'une façon si lumineuse dans son récent livre sur les auto-intoxications.

L'espace nous manque pour passer en revue ici les cas où, par suite d'une altération de la glande hépatique, l'organisme est intoxiqué par les poisons que celle-ci a cessé d'arrêter ou de neutraliser. Contentons-nous de citer quelques exemples.

Dans les maladies infectieuses les plus différentes par leurs causes, fièvre typhoïde, phlegmon diffus, pneumonie, on observe à un moment donné un ensemble de symptômes identiques : fuliginosités des lèvres et

---

superstition et de la crédulité, ont compris quel vaste champ ils avaient à cultiver, et, devenus facilement maîtres de la société humaine, dominateurs, ont réclamé et obtenu, au nom de la divinité, « l'or utile à leur faste, l'obéissance nécessaire à leur orgueil et les femmes indispensables à leur lubricité ! »

Pour se procurer sans travail et sans luttes les plaisirs des sens et les douceurs de la richesse, les prêtres firent accroire aux autres hommes, qui acceptèreut comme toujours leurs affirmations, qu'ils pouvaient obtenir les faveurs des dieux par la prostitution sacrée de leurs filles et de leurs femmes. Cette doctrine régna dans tout le monde ancien, l'Inde, l'Asie Mineure, l'Egypte, la Grèce, l'Italie. Les jeunes filles, aussitôt arrivées à l'âge de la puberté, devaient au dieu l'hommage de leur virginité. C'était une prescription religieuse. Les jeunes mariées étaient soumises au même sacrifice. Le dieu, suppléé par ses prêtres, prélevait, un grand nombre de siècles avant notre moyen âge, le *droit du seigneur* !

Rigoureusement, la vierge devait se placer sur un Lingam en bois, en marbre ou en fer, et être ainsi déflorée « comme un sacrifice qu'elle devait au dieu mâle ». Mais ce devait être un supplice cruel, et les prêtres n'ont pas dû tarder beaucoup à « ravir au dieu une fonction aussi précieuse », surtout lorsque la victime était jolie. En effet, on conduisait bien les vierges dans les temples ou les pagodes, pour qu'elles y accomplissent le sacrifice avec le dieu Lingam lui-même; mais celui-ci *s'incarnait !* Dans certains cas, « la jeune fille était amenée le soir dans le sanctuaire; on lui disait que le dieu viendrait l'épouser, qu'elle devait l'écouter et l'interroger sur l'avenir. A la faveur

de la langue, stupeur, céphalalgie, délire, soubresauts des tendons (1). C'est que, dans toutes ces maladies, il existe un trait commun, l'hyperthermie; or, celle-ci a pour résultat de diminuer ou d'abolir la fonction glycogénique du foie, et par suite le met dans l'impuissance de protéger l'organisme contre les poisons. Outre les troubles passagers que l'hyperthermie apporte à la fonction glycogénique, les maladies infectieuses produisent souvent dans le foie des lésions anatomiques profondes et destructives; dégénérescence des cellules, etc. L'intoxication devient alors de plus en plus menaçante pour l'organisme, que l'excrétion urinaire demeure seule à le protéger; d'où l'augmentation de la toxicité des urines dans les maladies infectieuses, démontrée expérimentalement par Bouchard, Feltz et Erhmann.

Les mêmes conséquences peuvent être le résultat des maladies aiguës ou chroniques du foie, qui amènent plus ou moins vite, directement ou indirectement, la dégénérescence des cellules de cet organe : intoxication par le phosphore, ictère grave primitif ou essentiel, ou cirrhoses, aboutissant à l'insuffisance hépatique. Tant que le rein reste perméable en pareils cas, l'auto-intoxication peut être écartée. Mais souvent alors le rein était déjà malade; ou bien il ne tarde pas à le devenir, et l'organisme, déjà désarmé vis-à-vis des poisons par la suppression du foie qui ne les neutralise plus, succombe sous l'accumulation des poisons que le rein cesse d'éliminer.

Les accidents caractéristiques de l'ictère grave ont été longtemps attribués à l'intoxication par la bile (cholémie), mais celle-ci, comme l'avait soupçonné Frerichs, et comme l'a si clairement exposé M. Bouchard, n'est qu'un des incidents du drame pathologique et non l'agent unique de la catastrophe.

« L'ictère a pour conséquence d'activer la désassimilation et d'amener un amaigrissement rapide; quelquefois la désassimilation est si prompte que l'oxygène disponible cesse de pouvoir suffire aux combustions : la dé-

(1) Relire à ce sujet une leçon que nous avons publiée dans l'*Union médicale* en 1886.

---

des ténèbres de la nuit, le prêtre pénétrait auprès d'elle; et la jeune fille, abusée, croyait avoir commerce avec le dieu. Elle annonçait ensuite comme une confidence divine, tout ce que les prêtres avaient intérêt à faire savoir aux populations pour maintenir sur elles leur despotisme. » On a trouvé dans le temple d'Isis, à Pompéi, un piédestal creux sur l'autel où était placée la statue de la déesse. Cette cellule communiquait avec le logement des prêtres au moyen d'un escalier secret!

(*A suivre.*) Dr G. RICHELOT père.

POMMADE CONTRE L'IRITIS. — Trousseau.

Extrait de belladone........................ 5 grammes.
Onguent mercuriel........................... 15 —

F. s. a. une pommade, pour frictions autour de l'orbite, afin de combattre la douleur profonde occasionnée par l'iritis. Maintenir sur l'œil des cataplasmes chauds, ou bien des compresses faites avec une infusion chaude de belladone ou de jusquiame. — Pratiquer, le soir, des injections de morphine, ou administrer le chloral à l'intérieur. — Si les exsudats sont abondants, lors même qu'il n'y aurait point d'antécédents syphilitiques, outre les frictions mercurielles, on prescrit de 0,50 à 2 gram. d'iodure de potassium par jour. — Si l'iritis est d'origine rhumatismale, on fait prendre de 3 à 6 grammes de salicylate par jour. — On maintient la dilatation de la pupille avec des instillations d'un collyre à base d'atropine ou de duboisine. — N. G.

génerescence graisseuse résulte alors de la persistance d'un des produits de dédoublement de la matière azotée. En outre, la rétention des acides biliaires agit sur la cellule hépatique, qui elle-même subit la dégénérescence graisseuse : dès lors survient l'insuffisance hépatique; le foie cesse de sécréter la bile, et l'acholie vient remplacer la cholémie; mais en même temps le foie cesse aussi de transformer les divers poisons organiques. L'urée particulièrement n'est plus fabriquée; la matière azotée reste à un stade moins avancé d'oxydation et se trouve être plus toxique; enfin, la sécrétion rénale est profondément troublée, puisque l'urée, ce diurétique physiologique, fait défaut. Le rein ne peut s'accommoder au passage de principes anomaux, qu'il ne doit pas éliminer : il s'altère à son tour; l'insuffisance rénale vient s'ajouter à l'insuffisance hépatique; on voit éclater alors les accidents les plus graves. C'est la défaite de l'organisme qui succombe aux progrès de l'intoxication.

Tel est l'enchaînement des phénomènes morbides, tel que l'a si magistralement exposé M. le professeur Bouchard.

Nous pouvons après lui classer, comme suit, la filiation des accidents :

Cholémie. . . . . } stades inconstants
Dégénérescence graisseuse résultant de la cholémie. }
Acholie.
Altération rénale secondaire.
Intoxication (insuffisance hépatico-rénale).

La connaissance des faits physiologiques et cliniques mis en lumière par M. Roger aboutit à des conclusions de thérapeutique générale que M. Bouchard a développées magistralement dans son enseignement.

Puisque dans les pyrexies, par le fait même de l'hyperthermie, le foie perd plus ou moins avec sa fonction glycogénique sa propriété de neutraliser les poisons pour protéger l'organisme contre l'intoxication, le médecin doit s'efforcer de diminuer les sources des poisons.

Pour ce qui est des poisons formés dans l'intestin, on peut d'abord les neutraliser au fur et à mesure de leur production par l'administration de doses suffisantes de charbon; il est préférable encore de prévenir la formation des poisons intestinaux en entravant la pullulation des micro-organismes qui leur donnent naissance : c'est ce but qu'atteignent les antiseptiques insolubles, naphtaline, naphtol, salicylate de bismuth. En fait, M. Bouchard a démontré que la toxicité des urines, miroir fidèle de la toxicité du contenu de l'intestin, diminue notablement chez les sujets soumis à l'administration de la naphtaline; MM. Roger et Charrin ont trouvé beaucoup moins de microbes qu'à l'état normal dans l'intestin des lapins qui prenaient de la naphtaline.

On s'efforcera d'empêcher l'introduction dans l'organisme des sels de potasse, dont la toxicité est démontrée. Aussi ne prescrira-t-on aucun médicament contenant de la potasse, on interdira les aliments qui renferment cette substance, la viande, le bouillon.

On alimentera le malade avec du lait, qui offre tant d'avantages. Il est diurétique. Il diminue la toxicité des urines, ainsi que le prouvent des expériences de MM. Charrin et Roger. Il contient enfin du sucre capable de fournir du glycogène au foie. L'usage des tisanes sucrées, usité de tout temps dans les maladies fébriles, répond aussi à cette nécessité de fournir au foie de la matière glycogène pour l'aider à neutraliser les poisons.

Enfin, puisque l'hyperthermie est la cause principale de la diminution des propriétés glycogénique et anti-toxique du foie, en abaissant la température des fébricitants par la balnéation, on fait œuvre utile.

Ce sont là les bases de cette thérapeutique générale des pyrexies que M. Bouchard a si bien exposée dans ses cours et qu'il serait si désirable de voir adoptée par tous les praticiens. P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 août 1887. — Présidence de M. Féréol.

Sommaire : *Symptômes de goître exophthalmique en relation avec l'hystérie. — Rétrécissement de l'œsophage par ulcère simple de ce conduit. — L'hystérie mercurielle et les hystéries toxiques. — Dilatation du duodénum et de l'estomac. — Aspirateur automatique (présentation d'appareil).*

M. Debove raconte l'histoire d'un homme qui, à la suite d'une émotion vive (il tomba dans la mer, ne sachant pas nager), vit éclater divers accidents de nature hystérique, parmi lesquels plusieurs des symptômes de la maladie de Basedow. Cette observation vient à l'appui de l'opinion qui admet que, dans certains cas, le syndrome dit goître exophthalmique est une manifestation de l'hystérie (Charcot, Ballet, Marie).

— M. Debove rapporte ensuite une observation confirmative de l'opinion qu'il avait émise, en 1883 et 1885, au sujet de l'existence de rétrécissements de l'œsophage consécutifs à des ulcères simples de ce conduit : un malade qu'il avait présenté à la Société, il y a deux ans, pour un rétrécissement de l'œsophage, et auquel il avait pratiqué la dilatation progressive avec succès, est venu mourir dans son service, en état de collapsus par perforation de l'estomac. Il avait présenté dans les derniers temps de sa vie des vomissements sanglants : aussi avait-on supposé qu'il devait avoir un ulcère gastrique.

A l'autopsie, on a trouvé dans le péritoine des gaz et des matières alimentaires, issus de l'estomac au niveau d'une perforation siégeant sur la face antérieure, près de la petite courbure; cette perforation avait été causée par un ulcère simple. Mais sur la muqueuse de l'œsophage, à 5 centimètres du cardia, se voyait une cicatrice fibreuse, annulaire et rubanée d'un demi-centimètre de hauteur, correspondant évidemment au rétrécissement dilaté deux ans auparavant par M. Debove et causé par un ulcère non cancéreux.

M. Debove conclut à la nécessité d'admettre, outre les ulcères simples de l'estomac et du duodénum, l'existence d'ulcères simples de l'œsophage et, à côté des rétrécissements cancéreux et syphilitiques de ce conduit, le rétrécissement par ulcère simple. Il ajoute que la théorie pathogénique de l'ulcère simple qui invoque l'auto-digestion de la muqueuse par le suc gastrique n'est pas applicable à l'œsophage puisqu'on ne peut admettre un reflux du suc digestif dans l'œsophage à 5 centimètres au-dessus du cardia.

M. Rendu demande si le malade était un alcoolique.

M. Debove : Il avait bu de l'alcool avec excès, comme tous les ouvriers, mais il ne présentait pas de signes cliniques d'alcoolisme.

— M. Letulle lit un travail sur l'hystérie mercurielle, c'est-à-dire sur les manifestations névropathiques de nature hystérique survenant dans le cours de l'intoxication mercurielle : c'est une nouvelle manière de concevoir l'influence du mercure sur les centres nerveux.

Dans les quatre observations que contient ce travail, et qui concernent des individus employés au secrétage des peaux de lapins, on relève quatre fois l'hémi-anesthésie et l'hémiplégie motrice, trois fois des attaques apoplectiformes correspondant à ce que M. Debove a décrit comme apoplexie hystérique, trois fois des contractures avec hémi-

plégie, une fois l'hémi-chorée post-hémiplégique, deux fois le phénomène du transfert de l'hémi-tremblement ou de la dyschromatopsie. Tous ces accidents prouvent bien que les malades étaient des hystériques. Mais quel a été le rôle du mercure sur le développement de l'hystérie ? On peut admettre que le poison a fait apparaître celle-ci chez des sujets prédisposés héréditairement. M. Charcot enseigne qu'il en est ainsi souvent chez les saturnins. Il y a une sorte d'hystérie toxique.

M. Letulle signale l'importance que peut avoir, au point de vue du diagnostic de l'hystérie chez les sujets intoxiqués, la tendance aux contractures.

Pour concevoir le mécanisme par lequel le plomb et le mercure font naître l'hystérie on doit se rappeler que l'arthritisme, qui est certainement une altération humérale, une dyscrasie, prédispose d'une façon remarquable au nervosisme, à l'hystérie (neuro-arthritisme). Certaines intoxications chroniques, comme le saturnisme et l'hydrargyrisme, exercent de même une influence hystérogène en modifiant l'état des humeurs et, par suite, du système nerveux.

M. Rendu a vu récemment un cas de saturnisme avec paralysie motrice et sensitive disposée comme les paralysies hystéro-traumatiques; l'anesthésie se limitait brusquement et circulairement à la racine du membre. L'intoxication saturnine avait joué le rôle de cause occasionnelle pour l'apparition de la paralysie hystérique.

M. Féréol ajoute que l'alcoolisme doit être cité parmi les intoxications capables d'éveiller ou d'exaspérer l'hystérie latente.

— M. Danlos présente un dessin représentant une dilatation du duodénum et de l'estomac. Le malade était un homme de 20 ans. M. Danlos l'a vu devenir tuberculeux consécutivement à sa dilatation de l'estomac. On voyait de son vivant l'abdomen soulevé par une ligne oblique allant de l'épine iliaque antérieure gauche aux fausses côtes droites.

L'autopsie fit constater que l'estomac n'était pas seul dilaté, mais que le duodénum avait pris des dimensions extraordinaires, celles du côlon. La dilatation finissait au commencement du jéjunum. L'estomac et le duodénum réunis pouvaient contenir 7 kilog. de liquide. L'examen histologique n'a pas révélé d'autre lésion qu'une dilatation des glandes, et la disparition presque complète de la couche musculaire circulaire.

M. Féréol, qui a fait l'année dernière un rapport sur un travail de M. Glénard (de Lyon) intitulé : *De l'entéroptose*, signale l'analogie du cas cité par M. Danlos avec les faits qui ont préoccupé M. Glénard. C'est la chute du côlon transverse et l'abaissement considérable de l'angle droit du côlon qui a été l'origine de la dilatation du duodénum. L'artère mésentérique qui coupe transversalement la troisième partie de cet intestin a formé l'obstacle au cours des matières, et explique la dilatation.

M. Rendu demande si une dilatation considérable de l'estomac, en exerçant une traction continue sur le duodénum, ne peut pas amener une sorte d'étranglement de cet intestin par vive arête.

M. Chauffard dit que, dans les cas de dilatation du duodénum, l'insuffisance de la valvule pylorique explique la dilatation secondaire de l'estomac.

— M. Chantemesse présente, au nom de M. Albert Ruault, un appareil destiné à simplifier la thoracentèse par aspiration, tout en permettant de mesurer exactement, sans manomètre, la pression intra-pleurale pendant l'opération.

L'importance de la notion des pressions intra-pleurales dans la symptomatologie et le traitement des épanchements pleurétiques a, depuis longtemps déjà, attiré l'attention des observateurs. Soulevée par M. Peyrot, en 1876, cette question a été depuis lors étudiée par plusieurs auteurs, parmi lesquels il convient de citer G. Homolle, Quincke, Weil et le professeur Pitres. Des observations de ces différents médecins, il résulte que la pression intra-pleurale, négative à l'état de santé et d'environ 20 millim. de mercure (vide pleural), s'élève, chez les pleurétiques avec épanchement, à + 10, + 30 et même davantage. Le danger de cette élévation de pression intra-pleurale est conjuré par la thoracentèse. Mais lorsque l'épanchement est évacué par la thoracentèse, et même

par la thoracentèse par aspiration, la pression intra-pleurale ne retombe jamais à la normale. D'ordinaire elle est encore de + 10 à 0 millim. de mercure à la fin de l'opération; plus rarement elle s'abaisse au-dessous de la pression atmosphérique, quelquefois jusqu'à — 10 ou même — 15 millim. de mercure. Elle s'abaisse au moment de l'inspiration de 4 millim. en moyenne (oscillations respiratoires). Dans tous les cas où (chez des malades dont on avait mesuré à l'aide d'un manomètre la pression intra-pleurale pendant l'opération) on a observé des accidents post-opératoires, tels que la syncope, l'expectoration albumineuse ou l'hémothorax, la pression intra-pleurale était inférieure à — 10 ou — 15 millim. de mercure à la fin de la thoracentèse. Il est donc légitime d'attribuer ces accidents à un abaissement exagéré de la tension intra-pleurale chez des sujets dont l'élasticité pulmonaire est entravée. Aussi le professeur Potain et le professeur Pitres recommandent-ils de ne jamais pratiquer la thoracentèse par aspiration sans interposer entre la plèvre du sujet et l'appareil un manomètre, et de cesser l'opération dès que celui-ci indique que la pression intra-pleurale est inférieure à — 10 ou — 15 millim. de mercure. Mais, malgré l'autorité de ces maîtres, l'usage du manomètre ne s'est pas répandu dans la pratique. C'est que les appareils aspirateurs les plus simples sont déjà des instruments assez compliqués, et qu'il répugne aux praticiens de les compliquer encore davantage. M. Ruault propose un mode opératoire qui, tout en simplifiant beaucoup l'appareil à employer, permet de régler facilement l'aspiration, de la rendre si l'on veut constante pendant toute la durée de l'opération, ou encore de la diminuer ou de l'augmenter dans des limites utiles, et enfin de la mesurer à chaque instant avec une approximation très suffisante.

On prend un bouchon de caoutchouc de moyen calibre, susceptible de s'appliquer sur une bouteille ordinaire. Ce bouchon, percé de deux trous, sera traversé par deux tubes de verre, parallèles à son axe, et environ deux fois et demie ou trois fois plus longs que lui. A l'extrémité supérieure de l'un de ces tubes de verre s'ajuste un tube de caoutchouc long d'environ 60 centimètres, sur le trajet duquel, au voisinage de son extrémité libre, est interposé un robinet. Cette extrémité libre de ce tube en caoutchouc est destinée à être ajustée à un trocart de l'appareil du professeur Potain. A l'extrémité supérieure du second tube de verre s'ajuste un second tube de caoutchouc, long d'environ 1 mètre 30. A l'extrémité inférieure (celle qui, le bouchon étant placé sur une bouteille, regarde vers la cavité de la bouteille) de ce même tube de verre, ajoutons un second tube de caoutchouc, assez long pour plonger jusqu'au fond de la bouteille. Voilà l'appareil construit.

Si l'on veut maintenant pratiquer la thoracentèse, on place près du lit du malade, sur la table de nuit par exemple, la bouteille remplie d'eau aux deux tiers environ. On laisse tomber le plus grand tube de caoutchouc au fond d'un bocal placé à terre et destiné à recueillir le liquide pleural. On souffle ensuite par l'extrémité libre du tube de caoutchouc de 60 centimètres; on amorce ainsi le siphon formé par les deux autres tubes de caoutchouc réunis par un tube de verre. On laisse alors couler ainsi une certaine quantité d'eau, de façon que l'extrémité du grand tube de caoutchouc plongeant dans le bocal se recouvre d'une nappe de liquide. On ferme alors le robinet. L'eau continue d'abord à s'écouler dans le bocal par le siphon, mais de plus en plus lentement, et enfin l'écoulement s'arrête. (En se servant d'un litre, et en opérant dans une salle d'un des hôpitaux de Paris, où les meubles ont sensiblement la même hauteur, l'écoulement cesse au moment où la pression de la cavité de la bouteille, au-dessus de l'eau, est inférieure à la pression atmosphérique d'environ 6 centimètres de mercure.) L'appareil est alors prêt à fonctionner. Il suffit d'ajuster le trocart, de ponctionner et d'ouvrir le robinet; le liquide pleural coule dans la bouteille et se mélange à l'eau qui y est déjà contenue. Mais, dès que la quantité de liquide augmente dans la bouteille, la pression augmente au-dessus de ce liquide, et le siphon se réamorce. Le liquide s'écoule dans le bocal, et il continue d'y couler jusqu'à la fin de l'opération. Si le bocal est assez large pour que les différences de niveau s'y fassent peu sentir, la pression, dans la bouteille aspiratrice, reste sensiblement constante pendant toute la durée de l'opération. L'aspiration se fait avec une force toujours égale. Cette aspiration, mesurée par 6 centimètres

de mercure environ, est plus que suffisante pour assurer l'écoulement du liquide pleural dans tous les cas, même lorsqu'une secousse de toux inattendue exagère momentanément de beaucoup l'amplitude des oscillations respiratoires. On aura aisément la mesure approximative de la pression intra-pleurale à un moment donné, si elle devient négative, car le liquide pleurétique cessera de couler lorsque cette pression intrapleurale sera sensiblement égale à la pression de la chambre à air de la bouteille aspiratrice. Or, celle-ci varie en raison de la longueur de la grande branche du siphon; on pourra donc facilement la faire varier en plaçant le bocal plus ou moins bas au-dessous du niveau du liquide dans la bouteille, et l'évaluer approximativement à un moment donné. De même qu'on peut ainsi régler l'aspiration, on peut également régler l'écoulement en ouvrant plus ou moins le robinet voisin du trocart, et éviter ainsi les décompressions pleurales brusques.

M. Ruault propose pour cet appareil la dénomination d'*aspirateur automatique*. Il permet à un opérateur de faire la thoracentèse sans aides, sans interrompre à aucun moment l'opération, quelle que soit la quantité du liquide à retirer de la plèvre, et dans des conditions exceptionnelles de sécurité pour le malade. Dans le cas de pleurésie purulente, si l'on voulait faire le lavage de la plèvre, il suffirait de disposer l'extrémité pleurale du tube de caoutchouc en Y, chaque branche de l'Y étant munie d'un robinet et mise en rapport, l'une avec la canule du trocart, l'autre avec l'appareil à lavages dit siphon de Potain. On commencerait par retirer le pus par aspiration, en ayant soin de maintenir fermé le robinet en rapport avec le liquide laveur. Puis, la plus grande partie du pus étant retirée, on fermerait le robinet aspirateur, on ouvrirait l'autre pour faire pénétrer lentement dans la plèvre une quantité déterminée de liquide laveur, Le siphon aspirateur restant amorcé, on retirerait ce liquide de la plèvre, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il revienne propre. Il faudrait prendre soin, lorsque le bocal serait plein, de ne le vider qu'en partie, de façon que l'extrémité de la grande branche du siphon soit toujours recouverte par une certaine quantité de liquide, sans quoi des bulles d'air remonteraient dans la bouteille par la grande branche du siphon, et celui-ci se désamorcerait. Avec l'appareil qu'il a inventé, M. Ruault a pratiqué la thoracentèse dans les services de M. Bouchard (à Lariboisière) et de M. Tapret (à Saint-Antoine). La première fois, il a retiré deux litres de liquide séro-fibrineux; la seconde, deux litres et demi de pus très épais. — P. L. G.

COURRIER

Un concours s'ouvrira, le lundi 7 novembre 1887, à l'administration de l'Assistance publique, pour la nomination à trente-cinq places vacantes dans le service médical à domicile. Ces trente-cinq places se répartissent de la manière suivante, dans les différents arrondissements de Paris :

Une dans les IVe, VIe, VIIIe, XIe, XIVe, XVe, XVIe, XVIIe et XXe arrondissements ; deux dans les IIe, Ve, VIIe et XIIe arrondissements ; trois dans le IIIe arrondissement ; quatre dans le XIXe arrondissement; cinq dans le XIIIe arrondissement et six dans le XVIIIe arrondissement.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort d'un de nos confrères les plus sympathiques, le docteur Henri Legendre, ancien interne des hôpitaux. Il était âgé de 36 ans.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Trois pierres dures d'acide urique. — Pyélonéphrite à gauche. — Lithotritie en une séance avec évacuation immédiate de la totalité des fragments.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 juillet 1887

Par M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

M..., 56 ans, replet, teint coloré, a commencé à rendre du sable rouge il y a huit ans au moins. Vers la même époque, il a eu des crises de coliques néphrétiques et a expulsé des graviers.

Il fait remonter à 1881 l'apparition de troubles vésicaux assez accentués pour fixer son attention; mais c'est surtout à partir de 1884 qu'ils sont devenus bien caractérisés : La marche un peu prolongée était suivie de l'émission d'une urine teintée de sang; la fin de la miction s'accompagnait d'une douleur ressentie au col de la vessie avec irradiation vers le périnée et parfois vers le gland; le jet s'interrompait lorsqu'il n'y avait plus que quelques gouttes d'urine à émettre; il existait un sentiment de gêne habituelle dans la région hypogastrique. Les mouvements brusques du corps, l'action de se mettre au lit, par exemple, réveillaient la souffrance vésicale.

En juin 1886, à la suite de fatigues corporelles plus prononcées qu'à l'ordinaire, il survint une hématurie considérable qui, malgré le séjour au lit, dura huit jours consécutifs, provoqua la formation de caillots d'une expulsion difficile, et faillit, à diverses reprises, amener de la rétention complète d'urine.

Le malade était alors à la campagne, et, lorsqu'à l'automne il rentra à Paris, il dut se tenir debout dans la voiture qui le ramena chez lui, tant les secousses lui étaient pénibles dans la position assise. Il a fait d'ailleurs la remarque, habituelle aux calculeux, que le chemin de fer, le tramway, l'omnibus sont bien mieux supportés que le fiacre.

FEUILLETON

LA PROSTITUTION DANS L'ANTIQUITÉ. — Etude d'hygiène sociale, par le docteur Dupouy. — Paris, 1887 (1).

Les prêtres n'ont probablement négligé aucun moyen d'entretenir cette croyance naïve et stupide dans la divinité de l'organe de la copulation humaine, qui leur était si profitable. Dans ce but, on fabriquait des amulettes, nommées *Taly*, sortes de scapulaires, qui représentaient le dieu Lingam, et que les brahmes bénissaient. Il était d'usage qu'au moment de son mariage, le mari remît à sa fiancée un de ces scapulaires muni de la bénédiction brahmanique. Cet usage a donné lieu plus tard à un fait assez piquant. Dans un temps relativement rapproché du nôtre, deux ordres chrétiens, les jésuites et les capucins, travaillaient dans l'Inde à la propagation de leur foi. Les capucins, dans leur franc rigorisme, proscrivaient impitoyablement le scapulaire au Lingam. Les jésuites, au contraire, plus fins et plus pratiques, craignant de repousser les néophytes en heurtant les antiques usages du pays, permettaient aux femmes de le recevoir. L'affaire fut portée au tribunal de Rome. Rome donna gain de cause aux jésuites! Les Indiennes converties par ces derniers purent donc continuer à se parer de l'indé-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Il m'est adressé le 8 mars 1887 par M. Dalmon.

A cette date, il urine toutes les deux heures le jour et une fois ou deux seulement la nuit. Dès qu'il fait une course un peu longue à pied ou en voiture, l'urine se trouble, devient rougeâtre, teintée de sang. Il n'a plus eu d'hématurie abondante depuis celle du mois de juin précédent; il est vrai qu'il a pris fort peu d'exercice.

Le toucher rectal me révèle une prostate modérément grosse, non douloureuse.

L'exploration uréthrale avec la boule n° 18 me permet de constater que le canal est libre; dès que l'instrument a pénétré dans la vessie, je perçois un frottement caractéristique de la présence d'un calcul.

Le malade accuse depuis longtemps un sentiment de faiblesse, comme d'engourdissement, dans la région rénale gauche.

L'exploration de cette région, une main en avant déprimant profondément la paroi abdominale dans le relâchement, l'autre main en arrière soulevant brusquement le rein, me démontre que cet organe présente une augmentation notable de volume; la pression y détermine une sensibilité bien nette.

J'en conclus qu'il existe une pyélo-néphrite à gauche, peut-être due à la présence de calculs dans les calices et le bassinet. A droite, la pression ne détermine aucune douleur et je ne perçois aucun gonflement.

L'urine est trouble, rougeâtre, tenant en suspension des concrétions blanches. L'appétit, conservé le matin, est moindre le soir.

Le 12, je procède à l'exploration de la vessie, le malade étant couché dans son lit. Je lave d'abord la cavité vésicale avec une solution d'acide borique; j'instille ensuite dans le col 8 grammes d'une solution de cocaïne à 6 p. 100. Au bout de huit minutes, j'injecte dans la vessie 120 grammes de solution boriquée qui sont bien tolérés; puis j'introduis l'explorateur métallique plein qui pénètre sans difficulté. A peine ai-je commencé mes recherches que la vessie entre en contraction et chasse une partie de son contenu.

J'attends un peu et je parviens à sentir sur la gauche un corps solide qui, par moments, fournit un son éclatant et à d'autres instants plus sourd; le contact s'établit ainsi sur une longueur d'au moins 5 centimètres.

La vessie devenant de nouveau intolérante, je suis forcé d'abréger mon exploration que je me propose de reprendre quelques jours plus tard.

Le 14, nouvelle exploration, la précédente n'ayant nullement augmenté l'irritation

---

cent Taly; mais les jésuites exigèrent que l'on dessinât l'image de la croix à côté de l'image du Lingam!... *Risum teneatis, amici.*

Mais la grande affaire, dans ces hideuses religions de l'antiquité, c'était surtout celle des profits. Hérodote nous apprend que les filles de Babylone étaient *obligées* de se livrer une fois dans leur vie, pour de l'argent, à un homme étranger, dans le temple de Mylitta. Elles ne pouvaient repousser aucun de ceux qui se présentaient, car l'argent qu'elles obtenaient ainsi était sacré. Du reste, elles ne se mariaient que mieux ensuite. En général, dans ces sociétés, les femmes, même les plus haut placées, devaient ce tribut annuel. Toutefois, « les prêtres se chargeaient de la besogne pour les gens de qualité! » Mais ce qui, dans l'espèce, nous paraît, à nous, d'un haut comique, c'est que les femmes riches, à qui ce mode de contribution religieuse ne convenait pas, étaient autorisées à avoir des *remplaçantes!* Elles pouvaient « entretenir dans les temples des esclaves, connues sous le nom d'*hiérodules permanentes,* qui acquittaient pour elles le tribut de la prostitution sacrée! »

Dans les colonies phéniciennes et grecques de l'Italie, les jeunes filles pieuses et dévouées venaient s'asseoir auprès de la statue divine et, là, débattaient le prix de leurs charmes avec les étrangers qui se présentaient, sous la surveillance des prêtres, *souteneurs* sacrés! Après l'acte, elles déposaient sur l'autel le salaire de leur dévotion.

Les revenus des temples devaient être considérables, car, indépendamment des femmes qui se prostituaient au bénéfice de l'autel, il y avait aussi de beaux jeunes hommes, bien choisis, nommés en hébreux *Kedeshim*, c'est-à-dire *saints* ou *consacrés!* à

vésicale; j'y procède, comme la première fois, après m'être assuré que l'urèthre admettait sans difficulté une bougie de gomme de 8 millimètres de diamètre.

L'explorateur métallique introduit, la vessie entre en contraction dès que je commence les recherches et expulse une partie de son contenu. Lorsque la contraction est calmée, je perçois le contact d'un calcul qui mesure 3 centimètres de diamètre et me semble bien nettement situé au-dessus de l'instrument; ce n'est qu'avec l'extrémité de celui-ci restée verticale que je perçois le contact. La vessie entrant de nouveau en contraction, je suis forcé d'en rester là de mon exploration.

Cette double exploration, bien qu'incomplète, me fournit pourtant la notion qu'il doit y avoir plusieurs calculs dans la vessie.

Je me réserve d'acquérir des renseignements plus exacts au moment de l'opération, lorsque le malade sera sous l'influence du chloroforme.

Le 17 mars, je procède à l'opération avec le concours de mes confrères et amis les docteurs Le Paulmier et Malécot.

Ce n'est qu'au bout de vingt minutes d'administration du chloroforme que la résolution a pu être obtenue; le malade, qui a des habitudes de sobriété indéniables, a parlé; mais il ne s'est pas agité.

Après avoir injecté dans la vessie 140 grammes de solution tiède d'acide borique, j'introduis le lithotriteur fenêtré nº 2 (mors Reliquet); je saisis un calcul mesurant 3 centimètres de diamètre, et après avoir serré la vis, je m'assure, en me servant de l'instrument chargé comme d'un explorateur, qu'il en existe au moins un autre dans la vessie.

La suite des manœuvres opératoires m'a démontré qu'il existait dans la vessie trois calculs ayant chacun 3 centimètres de diamètre.

Quoi qu'il en soit, ayant continué de serrer la vis pour broyer le calcul saisi, je le sens s'échapper, ne laissant entre les mors que quelques débris d'écorce. A partir de ce moment et pendant cinq à six minutes, les recherches deviennent presque impossibles, parce qu'au moindre mouvement que j'imprime à l'instrument la sensibilité de la vessie qui persiste, malgré l'administration régulièrement continuée du chloroforme, provoque des contractions énergiques des adducteurs des cuisses, qui ont pour résultat d'emprisonner littéralement ma main droite et de l'empêcher d'agir.

Ce que constatant, je retire l'instrument, je fais un lavage à grande eau qui ramène quelques débris d'écorce; puis, l'administration du chloroforme ayant été continuée durant cet intervalle, je réintroduis l'instrument. La vessie s'est calmée, je saisis faci-

---

Corinthe, les temples étaient desservis par une multitude de courtisanes qui, pendant les fêtes d'Adonis et de Priape, dépouillaient les étrangers nombreux que ces fêtes attiraient, « avec un art merveilleux, pour la gloire de Vénus et le profit de son clergé ». Aussi fallait-il être riche pour se permettre ce voyage; d'où le vers si connu d'Horace, *Non cuivis homini contingit adire Corinthum!* En Egypte, d'après Strabon, les plus belles vierges étaient offertes au dieu égyptien, *par l'intermédiaire* de ses ministres. On les mariait ensuite. Et nous savons par Hérodote que, tous les ans, sept cent mille pèlerins venaient se faire *initier* à Bubastis, pendant les fêtes d'Isis. « Cette prostitution sacrée était la source de revenus considérables pour les autels de la déesse. »

Les bayadères, qui avaient pour mission apparente de danser dans les grandes solennités, et pour mission plus réelle et plus secrète de servir aux plaisirs des brahmes, étaient réunies dans ce que Raynal, l'auteur de l'*Histoire philosophique des Deux-Indes*, appelle spirituellement des *séminaires de volupté*. Les plus belles filles des meilleures familles, entraînées par une sainte vocation, quittaient la maison paternelle pour se consacrer dans ces séminaires. « Les prêtres avaient persuadé aux peuples qu'il était agréable aux dieux, honnête et saint, d'épouser une bayadère de préférence à toute autre femme. »

Mais nulle part on n'a surpassé, ou même égalé, les scènes de débauche des fêtes de nuit de la déesse Astarté, dirigées par les prêtres en personne, si ce n'est aux assemblées nocturnes et religieuses appelées *Bacchanales*. Dans les cérémonies funèbres d'Adonis, en présence de la statue du dieu, ornée d'un grand nombre de *phalli* de diverses

lement sur la gauche un calcul de 3 centimètres de diamètre d'une dureté telle qu'il résiste absolument à la pression de la vis. Une douzaine de coups de marteau suffisent pour en avoir raison; je broie les débris qui en proviennent, que je saisis presque tous à gauche. Cela fait, je saisis un nouveau calcul de 3 centimètres de diamètre comme le premier, très dur également, mais qui pourtant cède à la pression énergique de la vis; je fais un grand nombre de prises; l'instrument s'engorge un peu.

Lorsque j'ai fait 70 prises, je ferme l'instrument engorgé à l'aide de quelques coups de marteau. J'introduis alors une sonde évacuatrice à grande courbure n° 26 que j'ai fait construire avec des yeux très larges se faisant face.

Je fais un lavage à grande eau avec une solution boriquée tiède qui amène l'expulsion d'une quantité très importante de débris; puis j'applique l'aspirateur qui ramène encore une certaine quantité de fins débris.

Je reprends ensuite la séance de broiement avec un lithotriteur fenêtré n° 1 1/2 (même modèle que le précédent); je sens, en saisissant des fragments de moyen volume, qu'il existe encore un calcul intact. Je le saisis à son tour; il mesure 3 centimètres de diamètre, comme les deux premiers; il est aussi très dur, mais, pourtant, il cède à la pression de la vis.

Après avoir fait 30 prises, je ferme bien au marteau mon instrument qui s'est encore un peu engorgé et je le retire.

J'introduis une sonde évacuatrice n° 25 à petite courbure; je fais, avec la solution tiède d'acide borique, un lavage abondant qui provoque la sortie d'une grande quantité de débris. J'applique ensuite l'aspirateur, qui en ramène encore une certaine quantité.

J'introduis alors le lithotriteur n° 2 à mors pleins, avec lequel je fais une quinzaine de prises. Je le ferme bien, le retire.

Lavage à grande eau à l'aide de la sonde métallique n° 25, suivi d'aspiration; évacuation d'une certaine quantité de débris.

Le bruit de cliquetis se faisant encore entendre contre la sonde au moment de l'aspiration, j'introduis un quatrième lithotriteur, le n° 1 1/2 à mors pleins; je fais encore une douzaine de prises peu importantes; puis, ne sentant plus rien, je retire l'instrument et fais un quatrième lavage, suivi d'une quatrième aspiration. Aucun bruit de cliquetis ne se faisant plus entendre, j'en conclus que la vessie est entièrement débarrassée.

La séance de broiement, divisée en quatre temps, chacun suivi de lavage et d'aspiration, a duré en réalité une heure, déduction faite du temps qui a été nécessaire pour

---

dimensions, les femmes étaient forcées, pendant tout un jour, de se livrer aux étrangers, autant de fois qu'on voulait les payer, dit Lucien. « Et tout l'argent que produisait cette prostitution publique était affecté à des sacrifices offerts à Anaïtis. »

Je suis loin d'avoir épuisé la liste des faits et renseignements savamment rassemblés par notre confrère pour tracer à grands traits l'histoire de la prostitution sacrée dans l'antiquité. Mais ce que j'ai extrait de son livre sur ce sujet, qui nous offre une peinture si vraie et si cruelle de la nature humaine, me paraît suffire pour la faire connaître et permettre de l'apprécier. En définitive, dit l'auteur, « les offrandes — religieuses — ne furent plus que le tribut payé à la prostitution; les temples devinrent de véritables maisons publiques, dans lesquelles les prêtresses remplissaient le rôle de prostituées officielles, sous les yeux des prêtres et sous le manteau de la religion ».

Le développement et les excès de la prostitution sacrée ne pouvaient manquer de surexciter partout les passions génésiques, et Solon, dans l'intérêt des mœurs et de l'hygiène, créa la prostitution légale à Athènes, dans des établissements d'abord officiels, nommés *dictérions*. Le poète Philemon célèbre cette institution dans les paroles suivantes : « O Solon, tu as été vraiment le bienfaiteur du genre humain, car on dit que c'est toi qui as, le premier, pensé à une chose très avantageuse au peuple, ou plutôt au salut public. Oui, c'est avec raison que je dis ceci, lorsque je considère notre ville pleine de jeunes gens d'un tempérament bouillant, et qui, en conséquence, les porterait à des excès intolérables. C'est pourquoi, tu as acheté des femmes et les as placées dans des lieux où, pourvues de tout ce qui leur est nécessaire, elles deviennent communes à tous

obtenir le sommeil chloroformique et des quelques minutes pendant lesquelles la sensibilité de la vessie, non encore éteinte, a mis obstacle aux manœuvres opératoires.

Le chloroforme, dont il a été consommé 100 grammes, a été bien supporté jusqu'au bout.

J'ai employé cinq litres de solution d'acide borique à 4 p. 100 pour les lavages et l'aspiration.

Le poids des débris encore humides, mais égouttés, ramenés par le lavage, a été de 26 grammes; — celui des débris ramenés par l'aspiration de 8 grammes; — cela donne un poids total de 34 grammes.

Le broiement ayant été poussé très loin, ainsi que j'ai pris l'habitude de le faire, une quantité appréciable de fine poussière a été perdue avec l'eau de lavage, dans laquelle elle était tenue en suspension. Les pierres étaient composées d'acide urique et d'urates.

A la fin de l'opération, nous avons bien réchauffé le malade, dont la peau était froide et le visage un peu pâle. Il est encore resté une heure sous l'influence du sommeil chloroformique.

Il avait pris la veille de l'opération 1 gramme de sulfate de quinine en deux doses; le matin même, 0 gr. 50 centigr. J'ai recommandé de lui en administrer 0 gr. 50 centigr. dans l'après-midi.

Large cataplasme laudanisé sur le bas-ventre; comme boisson, du thé chaud.

A sept heures du soir, je trouve le pouls à 84, la température à 37°8. Il a uriné six fois depuis l'opération; la dernière urine rendue est à peine teintée de sang.

Lorsqu'il finit d'uriner, il éprouve de la cuisson au col; — aucune douleur du bas-ventre. En fait de débris, une quantité insignifiante de fine poussière au fond du vase.

Pour le dire tout de suite, il n'a plus rendu dans les jours qui ont suivi que cinq ou six débris du volume d'*une tête d'épingle*. La vessie avait été entièrement débarrassée en une séance.

Le 18 mars, dans l'après-midi, le pouls est à 72, la température à 37°1.

Dans la soirée du 17 et dans la nuit, le malade a vomi à diverses reprises des matières glaireuses, ce qu'il attribue au chloroforme, sous l'influence duquel il se sent encore.

Il n'urine plus que toutes les deux heures. La souffrance qu'il ressentait au col, à la fin de la miction, est déjà très diminuée. L'urine, d'aspect sale, est à peine teintée de sang.

---

ceux qui en veulent. » Ces dictérions étaient jugés si utiles qu'on leur avait donné le droit d'asile, et qu'ils étaient inviolables. Le philosophe Eubulide disait : « C'est à ces belles filles que tu peux acheter du plaisir pour quelques écus, et cela sans le moindre danger. » De ces derniers mots, l'auteur conclut avec raison que déjà à cette époque la prostitution clandestine était redoutable pour la santé.

Mais quel bien pouvaient réaliser et ces tentatives de réglementation des appétits sexuels, et les lois sévères qui furent édictées dans l'espoir d'améliorer les mœurs? C'était moins qu'une goutte d'eau dans l'océan. L'auteur nous a fait connaître, dans des récits intéressants, tous ces efforts infructueux. L'impulsion avait été donnée par les prêtres, sur une grande échelle et avec une autorité pénétrante, dans tous les pays; ils s'étaient servis avec une habileté facile de la partie faible de l'imaginatiou humaine, la superstition. Ils avaient créé « le trafic du corps des filles au profit des autels, et quelquefois de compte à demi avec leurs familles! » Les populations étaient profondément infectées. La spéculation s'empressa d'imiter les établissements officiels et produisit les dictérions privés. Les femmes, éclairées par les scènes qu'on leur faisait jouer dans les temples, et par les profits qui en étaient perçus, comprirent de plus en plus la valeur vénale de leurs charmes, et la prostitution libre devint de plus en plus générale. Ainsi, la prostitution libre est la fille de la prostitution religieuse.

Je ne puis continuer à analyser le livre de notre confrère, le docteur Dupouy; les faits sont trop nombreux et trop largement exposés. Qu'on l'ouvre; on y trouvera tant de choses qui intéressent le philosophe et le moraliste : Les mères corrompant leurs filles

Il se retourne facilement dans son lit, ce qu'il évitait de faire avant l'opération, dans la crainte de provoquer des douleurs vésicales.

Il a pris du lait, du bouillon, un potage et 1 gramme encore de sulfate de quinine en deux doses.

Il ne trouve rien de particulier à noter dans les jours qui ont suivi. La température était de 36°6 les 19, 21 et 23 mars.

Le malade a commencé à faire usage d'aliments solides le 20 mars. Il s'est levé pour la première fois le 23, six jours après l'opération.

Le 28, je fais une exploration vésicale parfaitement supportée et entièrement négative.

Les besoins d'uriner reviennent toutes les quatre heures environ. L'urine trouble laisse déposer une certaine quantité de pus qui devient facilement glaireux; ce que j'attribue, en dehors de toute souffrance vésicale, à la persistance de la pyélo-néphrite du côté gauche.

On sent, en effet, du gonflement dans la région rénale gauche et la pression y détermine une certaine sensibilité.

Le malade, dont l'appétit est excellent et les forces déjà un peu revenues, commence à sortir.

Contre la pyélo-néphrite, je prescris des applications de ventouses sèches, de deux en deux jours, sur la région lombaire et le flanc du côté gauche; de larges cataplasmes de farine de graine de lin, appliqués la nuit seulement.

Le malade fait usage d'eau d'Evian aux repas; il prend, en outre, des pilules d'arbutine et deux tasses par jour d'infusion de bourgeons de sapin, chaque tasse additionnée d'une cuillerée à bouche du sirop suivant :

Sirop de Tolu..............................	300 grammes.
Benzoate de soude......................	8 —

Le malade va s'installer à la campagne vers le milieu d'avril.

Lors de sa dernière visite chez moi, le 2 mai, l'état général était excellent, le visage bien coloré, les forces revenues; l'urine renfermait encore du pus, mais en moindre quantité. Le rein gauche, légèrement augmenté de volume, était à peine sensible à la pression.

Réflexions. — Chez le malade de l'observation qui précède, les symp-

(*Dialogues* de Lucien). — Le recrutement des vierges, le prix élevé de la virginité. (On retrouve cela de nos jours, à Londres. Voir Parent-Duchatelet, 3e édition, dans l'*appendice.*) — Puissance, hauts faits, biographie des hétaïres célèbres; Aspasie et sa légion volante de courtisanes, imitée plus tard par celle de Catherine de Médicis; Phryné et son jugement, etc., etc. — Les courtisanes portées en litière, attirant auprès d'elles des hommes auxquels elles se livraient après avoir tiré les rideaux (de nos jours, elles se promènent en calèches élégantes, mais on ne leur permet pas d'exercer leur profession dans cette situation). — Le luxe des boudoirs (parfums, guirlandes de fleurs, etc.). — Les femmes médecins auxiliaires de la prostitution. — Les sérails de jeunes esclaves dans les meilleures familles à Rome. — Les repas secrets où Auguste figurait en Apollon (comme, plus tard, Louis XIV en soleil). — Les courtisanes se promenant en vêtements transparents, *seriæ vestes*, qui laissaient voir le corps entièrement nu (de nos jours, Mme Talien et Mme Récamier ont tenté de reproduire cette indécente galanterie, mais elles n'ont pas réussi). — Les femmes des meilleures familles réclamant la carte *licentia stupri*, et se déguisant en prostituées, afin d'éviter à leurs amants et à elles-mêmes les châtiments légaux (de nos jours, elles n'en ont pas besoin! (Parmi les châtiments légaux, il en est un qu'il est difficile d'admettre : La femme adultère était condamnée aux assauts d'un âne!) Est-ce qu'il y avait des ânes dressés à ce genre d'opération?) — Les crimes issus de la prostitution, etc., etc. Toutes ces filles, tous ces gens étaient comme ceux d'aujourd'hui. Car, comme dit l'auteur, « les peuples passent, les civilisations disparaissent, mais la prostitution reste..... »

tômes de la pierre s'étaient montrés six ans avant l'époque de l'opération et, dans le courant de 1886, il avait eu, en été, à la suite de fatigues répétées, une hématurie beaucoup plus considérable et plus prolongée que celles qu'on observe d'ordinaire chez les calculeux.

Il m'est impossible de dire à quelle époque remontait le début de la pyélo-néphrite à gauche. Le seul renseignement que le malade ait pu me fournir sous ce rapport, c'est qu'il éprouvait depuis longtemps un sentiment de faiblesse, d'engourdissement, sans douleurs vives, dans la région du rein gauche.

L'existence d'altérations portant sur un des reins rendait ici formelle l'indication de terminer l'opération en une fois. Avec l'ancienne méthode, il aurait fallu un grand nombre de séances pour débarrasser la vessie des trois calculs volumineux et durs qu'elle contenait; il serait inévitablement survenu de la cystite avec propagation presque certaine de l'inflammation au rein déjà altéré, et la vie du malade aurait été en péril.

L'opération ayant été terminée en une séance, aucune complication de ce genre ne s'est produite, aucune aggravation de la pyélo-néphrite existante n'a été constatée; c'est ainsi que, le soir de l'opération, le thermomètre n'a pas dépassé 37°8; le lendemain, il marquait 37°1, et les jours suivants 36°6.

Ce nouveau fait, ajouté au grand nombre de ceux déjà publiés, vient donc démontrer une fois de plus toute l'importance de la modification introduite en 1878 par Bigelow (de Boston) dans la méthode opératoire de la lithotritie.

BIBLIOTHÈQUE

Etude sur la lymphadénie intestinale, par Victor Gilly, ancien interne des hôpitaux de Paris. — G. Steinheil, 1886.

Notre aimable collègue, qui est aujourd'hui un des praticiens distingués de Marseille, a couronné ses études par une thèse remarquable dont voici le résumé.

Il y a, dans le livre de notre confrère, des considérations qui intéressent très directement les médecins, ce sont celles qui ont pour but de démontrer que les maladies vénériennes étaient très communes dans ces temps reculés et avaient pour causes productives les excès de la débauche, ce qui va sans dire, et en outre, que la syphilis elle-même existait dans toute l'antiquité.

Notre confrère a terminé son livre par quelques dessins et quelques indications, qu'il présente comme des preuves archéologiques de la prostitution religieuse et légale.

Dans ce livre, que j'ai à peine effleuré, l'auteur ne s'est pas borné à décrire. Par des remarques pleines de sagacité, par des appréciations et des jugements qu'a inspirés une saine philosophie, il s'est mis en rapport personnel avec ses lecteurs et a donné la vie à son récit. Aussi la lecture en est-elle facile et attachante. On y trouve trois choses parfaitement démontrées : 1° que dans toutes les religions... de l'antiquité, les prêtres ont su exploiter, au profit de leurs jouissances personnelles et de leur bien-être, les passions naturelles, les vices, les tendances superstitieuses et la crédulité des hommes; — 2° que la société humaine au sein de laquelle nous vivons à la fin du XIXe siècle, n'est moralement inférieure sous aucun rapport aux sociétés humaines qui ont existé dans des temps plus anciens; — 3° que l'hygiène et la morale ne sont qu'une seule et même science ou philosophie, et ne peuvent, quoi qu'on fasse et quoi qu'on dise, avoir qu'une seule base solide, la raison éclairée par la science.

Dr G. Richelot père.

La lymphadénie intestinale est caractérisée par la néoformation de tissu adénoïde dans l'épaisseur des parois intestinales. Cette néoformation se produit soit primitivement, soit secondairement dans le cours d'une quelconque des variétés de lymphadénie.

La *lymphadénie intestinale primitive* peut amener la mort avant toute généralisation, les lésions restant limitées au tube digestif. Dans les deux tiers des cas à peu près, elle se généralise consécutivement aux viscères et aux ganglions; les lésions secondaires sont alors identiques à celles qui se produisent secondairement aux autres formes de lymphadénie.

L'altération des ganglions mésentériques est constante et ne doit pas être considérée comme preuve de généralisation; aussi pourrait-on donner à cette affection le nom de lymphadénie mésentéro-intestinale.

Anatomiquement, la lymphadénie intestinale primitive peut présenter trois types distincts :

1° L'altération porte uniquement sur les follicules clos et les plaques de Peyer, dont elle provoque l'hypertrophie. Ces dernières peuvent atteindre un volume énorme comparable à celui du poing. Cependant elles sont en général bien moins considérables. Des ulcérations peuvent siéger sur les follicules et les glandes de Peyer, mais elles sont peu profondes, et manquent même le plus souvent. L'intestin se distend au niveau des organes tuméfiés, ce qui assure le libre cours des matières. C'est la forme folliculo-hypertrophique.

2° Dans un second type, les lésions ont leur point de départ dans la couche lymphoïde normale de la muqueuse intestinale. Elles peuvent être considérées comme résultant de l'hyperplasie des éléments de cette couche (forme hyperplasique diffuse). La néoformation produit une série de plaques épaisses, disséminées sur toute la longueur de l'intestin grêle; ces plaques, de longueur variable, embrassent une portion seulement ou la totalité de la circonférence du tube intestinal; dans ce dernier cas, l'épaississement des parois à leur niveau peut atteindre plusieurs centimètres.

Il est de règle que les parties atteintes soient ulcérées; ces ulcérations, contrairement à la forme folliculo-hypertrophique, sont profondes et intéressent toutes les couches, sauf la tunique séreuse. Cependant, dans un cas, on a observé la perforation intestinale. Elles débutent en général par le bord des valvules conniventes ou les parties les plus saillantes, les bourgeons qui se développent sur les parties infiltrées. Elles font souvent un anneau complet.

Il existe des cas mixtes comprenant les lésions des deux premières formes.

3° Dans le troisième type, ou forme néoplasique, les lésions ont aussi pour point de départ la couche lymphoïde normale de la muqueuse, mais elles ne forment qu'une seule plaque circonscrite sur un segment quelconque de l'intestin grêle, plus souvent au niveau du duodénum chez l'adulte, de la dernière partie de l'iléon chez l'enfant.

L'ulcération est presque constante et très profonde; le segment malade est uni intimement par la péritonite chronique à d'autres anses intestinales ou aux ganglions correspondants.

Dans ces deux formes, malgré l'infiltration énorme des parois, il n'y a pas de réduction du calibre intestinal; bien au contraire, il y a en général augmentation de ce calibre, et cette dilatation organique peut aller jusqu'à rappeler les apparences d'une poche anévrysmale. Ce fait remarquable suffirait, avant tout examen microscopique, à distinguer le lymphadénome du cancer intestinal.

Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés pour la plupart dans les deux premières formes; dans la troisième, ceux-là seuls le sont qui correspondent à la portion malade. Les ganglions périphériques (axillaires, cervicaux, inguinaux) restent sains ou ne se développent qu'ultérieurement et dans de faibles proportions.

Le gros intestin n'ayant pas de couche lymphoïde normale ni de plaques de Peyer, présente seulement l'hypertrophie de ses follicules clos.

L'estomac offre parfois un épaissement de sa muqueuse avec un plissement qui rappelle l'aspect des circonvolutions cérébrales.

Au point de vue symptomatique, la perte rapide des forces et de l'embonpoint, la diarrhée intermittente, les œdèmes précoces sans albuminurie forment les signes de

début. Plus tard l'ascite, les ganglions mésentériques sensibles à la palpation, la rénitence au niveau des anses intestinales infiltrées, sont les meilleurs symptômes.

Dans le type néoplasique, la sensation très nette d'une tumeur abdominale, les vomissements, l'ictère, si c'est le duodénum qui est atteint, sont particulièrement remarquables.

Les signes généraux sont ceux de toutes les formes de la lymphadénie.

La marche est lente ou rapide; dans ce dernier cas, la maladie peut être fébrile, à rémittences matinales.

La durée varie entre quatre mois et plusieurs années. Chez l'enfant, la forme néoplasique seule existe et les symptômes sont ceux des tumeurs abdominales et de la péritonite chronique.

La leucocythémie est l'exception, elle n'a été constatée que dans un seul exemple.

La mort est la terminaison fatale.

Le diagnostic présente les plus grandes difficultés; il suffira de dire que presque jamais il n'a été fait et que la lymphadénie intestinale a été prise succsssivement pour une péritonite tuberculeuse ou cancéreuse, une affection hépatique, la tuberculose chronique, la fièvre typhoïde même.

La *lymphadénie intestinale secondaire* est relativement plus fréquente. Elle se produit non seulement dans les cas de lymphadénie ganglionnaire et splénique, mais aussi dans ceux de lymphadénomes isolés de l'œil, du testicule... Quelle que soit son origine, elle est identique. Cette identité est une nouvelle preuve à l'appui des idées nosologiques qui font rentrer dans un cadre commun toutes les variétés de lymphadénie.

Les types anatomiques sont ceux de la lymphadénie primitive, sauf le dernier qui ne s'observe pas. Les cas mixtes sont du reste très fréquents.

Les symptômes sont souvent nuls, les lésions n'étant généralement pas assez développées pour exercer une action quelconque sur la marche ou l'ensemble clinique de la maladie.

La difficulté du diagnostic est regrettable surtout dans les cas de lymphadénomes périphériques lorsqu'une intervention chirurgicale est possible.

On voit par le résumé de l'importante monographie de M. V. Gilly que notre collègue a exposé complètement l'état actuel de la science sur une question très controversée; il y a consigné aussi plusieurs observations nouvelles de lymphadénie; il a fait preuve non pas seulement d'érudition, mais d'un esprit de saine critique. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Du chlorhydrate d'apomorphine administré à l'intérieur comme expectorant dans le traitement des maladies des voies respiratoires, par le docteur Stocquart, de Bruxelles. (*Archives nouvelles de médecine et de chirurgie pratique*, 1886-87, vol. I, p. 146.) — La dose moyenne à administrer est de 3 à 4 milligrammes en vingt-quatre heures en potion dans l'eau. Cette solution s'altère rapidement, mais on peut retarder la décomposition en ajoutant quelques gouttes d'acide chlorhydrique.

Quand il existe une toux fréquente et fatigante sans expectoration ou avec expectoration difficile, on obtient en général de bons effets au bout de trois ou quatre jours. Il ne faut pas continuer davantage pour éviter l'intolérance. Cette dernière peut aussi se produire par suite de susceptibilités individuelles, et, dans les deux cas, elle se manifeste par des nausées, des coliques et de la diarrhée. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

M. Pasteur transmet une note de M. W. Vignal, *sur l'action des micro-organismes de la bouche et des matières fécales sur quelques substances alimentaires :*

« J'ai recherché l'action qu'exercent, sur un certain nombre de substances alimen-

taires, les dix-sept espèces de micro-organismes que j'ai isolées l'année dernière de la bouche, et les deux que j'ai trouvées depuis (ces deux derniers sont : le *micrococcus Pasteuri* de Sternberg et un *Cocous* que j'ai désigné par la lettre *k*).

« Parmi ces micro-organismes, sept dissolvent l'albumine, cinq la gonflent ou la rendent transparente ; dix dissolvent la fibrine, quatre la rendent transparente ou la gonflent ; neuf dissolvent le gluten, sept coagulent le lait, six dissolvent la caséine ; trois transforment l'amidon, mais un seul agit un peu énergiquement, un autre paraît vivre à ses dépens sans l'hydrater ; neuf transforment le lactose en acide lactique ; sept intervertissent le sucre cristallisé ; sept font fermenter la glycose et la transforment partiellement en alcool. Toutes ces actions sont plus ou moins énergiques : les unes agissent rapidement, d'autres très lentement.

« Parmi ces micro-organismes, six résistent plus de vingt-quatre heures à l'action du suc gastrique maintenu à 36°-37°, que la culture soit récente ou vieille avec des spores ; cinq résistent plus de deux heures à son action lorsque la culture est récente et plus de vingt-quatre lorqu'elle contient des spores ; deux autres y résistent seulement une heure lorsque la culture est récente et les spores d'un de ces derniers vingt-quatre heures, celles de l'autre seulement six heures ; les six derniers ne résistent pas une demi-heure à son action, que la culture soit récente ou ancienne.

« Le suc pancréatique, préparé artificiellement et doué d'une action très puissante, et la bile n'ont aucune action destructive sur ces micro-organismes.

« Dans les matières fécales, j'ai retrouvé six des micro-organismes de la bouche (le bacille *Mesentericus fuscus*, le bacille *d* ou *Coli commune*, les bacilles *b*, *c* et *e* et le *coccus k*) et quatre autres micro-organismes : un streptocoque, un coccus et deux bacilles (1).

« Un de ces derniers dissout l'albumine ; deux rendent transparente la fibrine ; trois dissolvent le gluten ; un transforme l'amidon des pommes de terre, mais pas celui de l'empois, quoique, afin de lui fournir des matières azotées, l'empois ait été préparé avec du bouillon de veau, au lieu d'eau ; deux coagulent le lait ; un dissout en partie la caséine et coagule ce qu'il ne dissout pas ; trois transforment le lactose en acide lactique ; trois intervertissent le sucre de canne et deux transforment en partie la glycose en alcool.

« L'action de ces micro-organismes doit être considérable sur les aliments, car une série de numérations m'a montré qu'ils étaient au nombre de plus de 20 millions dans un décigramme de matières fécales, et certainement tous les micro-organismes qui y étaient contenus ne se sont pas développés dans les milieux que j'ai employés.

« Afin d'essayer de réaliser ce qui se passe dans le tube digestif, où les micro-organismes ne sont pas isolés, j'ai ensemencé des séries de ballons, d'une part avec du tartre dentaire et de l'enduit lingual, d'autre part avec un peu d'eau dans laquelle j'avais délayé des matières fécales.

« L'attaque des substances contenues dans les ballons fut très énergique au début ; mais dès le troisième jour, souvent même dès le second, il se produisait un arrêt persistant.

« Devons-nous conclure de là que les micro-organismes de la bouche et des matières fécales n'ont, mélangés, aucune action sur les aliments ? Evidemment non, les transformations qu'ils subissent sous l'influence de ces micro-organismes se sont arrêtées dans nos ballons, parce que leurs parois de verre sont incapables d'absorber au fur et à mesure de leur production, comme l'intestin le fait, les produits qu'ils engendrent.

« De l'ensemble de ces recherches, je conclurai qu'elles justifient l'opinion de M. Pasteur, qui attribue une grande importance au rôle des micro-organismes dans le travail de la digestion, et démontrent, d'autre part, que les phénomènes de la digestion en

(1) Je dois ajouter à ces micro-organismes des levures ; mais je ne me suis pas occupé de ces dernières, après avoir constaté, en expérimentant sur moi-même, qu'on retrouvait dans les matières fécales toutes les espèces de levures qu'on avalait accidentellement ou volontairement.

général, et en particulier le rôle qu'y jouent les micro-organismes, sont plus complexes qu'ils ne le paraissaient au premier abord.

Une intéressante discussion a eu lieu récemment à la Société américaine de chirurgie sur les différences que présentent les races blanches et noires au point de vue des maladies ressortissant à la pathologie externe.

Le docteur Tiffany, en effet, dans la séance du 13 mai 1887, a fait une communication sur le parallèle des affections chirurgicales chez les blancs et chez les nègres.

De son étude basée sur l'examen de 4,930 malades observés dans les hôpitaux pendant une période de 34 mois, il a tiré les conclusions suivantes :

A conditions hygiéniques égales, les affections chirurgicales affectent des allures et une marche différentes dans la race blanche et dans la race noire.

Les plaies et les opérations sont en général mieux supportées par les nègres que par les blancs.

La tuberculose surtout, et les affections intéressant le système lymphatique sont plus dangereuses et plus rapidement mortelles chez les noirs.

Les malformations congénitales sont plus rares chez les négres que chez les blancs.

Ces différences symptomatiques tiennent bien à une différence de race.

Tous les orateurs qui prirent la parole dans cette discussion furent d'accord avec le docteur Tiffany pour reconnaître la ra:cté des arrêts de développement et la guérison rapide des opérations chez les nègres. Quelques chirurgiens, cependant, mirent en relief la fréquence bien plus considérable des kéloïdes cicatricielles chez ces derniers.

Le docteur Yandell (de Louisville) a, à la vérité, remarqué que l'épilepsie était plus rare chez les nègres, mais qu'en revanche ces derniers étaient plus souvent atteints par le tétanos.

Le docteur Kinlock (de Charleston) a rappelé à ses collègues qu'il fallait faire une distinction entre les nègres purs et les mulâtres ; qu'alors tout le monde s'accorderait à reconnaître aux noirs de race pure une immunité incontestable au point de vue de la suppuration et qu'ils sont à cet égard plus favorisés que les blancs, mais que les mulâtres ne jouissent pas du même avantage. — Ch. S.

FORMULAIRE

Potion stomachique laxative. — Bardet.

Extrait fluide de cascara	20	grammes.
Teinture de noix vomique	2	—
Hydrolat de laurier-cerise	15	—
Eau distillée	100	—
Sirop simple	15	—

Mêlez. — Trois à quatre cuillerées à café par jour, pour stimuler l'estomac et entretenir la liberté du ventre. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 14 août 1884, M. le docteur Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêtés ministériels, en date du 10 août 1887, M. le docteur Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, auditeur près le comité d'hygiène, a été nommé membre dudit comité en remplacement de M. le docteur Liouville, décédé.

M. le docteur Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Ogier, docteur ès sciences physiques, chef du laboratoire de toxicologie à la préfecture de police, ont été nommés auditeurs près le comité d'hygiène.

— Un concours sera ouvert, dans les conditions suivantes, pour les prix à décerner

aux élèves internes en médecine et en chirurgie de troisième et de quatrième années, en fonctions dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours est facultatif. Deux bourses de voyage, de trois mille francs chacune, seront attribuées : la première à l'interne qui obtiendra la médaille d'or, et la deuxième à l'interne qui obtiendra la médaille d'argent. La première bourse sera attribuée à l'interne médaille d'or, en remplacement de l'une des deux années supplémentaires accordées par le règlement.

La composition écrite aura lieu le jeudi 1er décembre 1887, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3.

Les élèves qui désireront prendre part au concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général, avant le 15 octobre prochain, dernier délai.

— Le ministère de l'intérieur vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins dont les noms suivent, comme membres honoraires et participants des sociétés de secours mutuels :

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Duhomme et Naret (de Paris).

Médailles d'or. — MM. les docteurs de Bernard de Montessus (de Chalon-sur-Saône) et Brun (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Volonzac (de Rodez), Cannelier (de Saint-Lô), Poincarré (de Nancy), Desportes (de Charenton) et Sicard (de Castres).

Médailles de bronze. — MM. Bouny (du Fleix), Rivière (de Lanta), Lorreyte (de Pouillon) Picard (de Selles-sur-Cher), Daudé (de Marvejols), Toffart (de Frelinghien), Vandernieks (d'Ennetières-en-Weppes), Duplan (de Tarbes) et Grando (d'Espira-de-l'Agly).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Coquelu (de Dijon), Ansaloni (de Selles-sur-Cher), Thomas (de Billiour) et Parsavant (des Prés-Saint-Gervais).

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Jean Castel, aide-major au 5e cuirassiers, attaché à l'hôpital de Lang-Son (Tonkin) qui vient de succomber dans cette ville, en quarante-huit heures, à une attaque de choléra, à l'âge de vingt-cinq ans.

— La Commission administrative des hospices civils de Marseille rappelle qu'un concours pour trois places de chefs-internes, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu le lundi 17 Octobre 1887.

Les candidats ont jusqu'au 10 octobre pour se faire inscrire.

Bulletin bibliographique.

Du rôle de l'eau dans la nutrition, par le docteur E. Callamand, de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8º de 110 pages. — Prix : 3 fr.

Cet ouvrage se trouve à Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Sensation et mouvement. Sous ce titre M. le docteur Ch. Féré publie dans la Bibliothèque de philosophie contemporaine une série d'études dans lesquelles il applique la méthode graphique à l'examen des rapports entre les divers états psychiques chez l'homme et les perturbations physiques qui les accompagnent. — Il passe ainsi en revue les influences de l'exercice intellectuel, de la parole, de la suggestion mentale, du plaisir et de la douleur, des émotions sur la force musculaire, sur les mouvements du corps et sur la sensibilité. 1 vol. in-12. — Prix : 2 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Félix Alcan.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Académie de médecine, 23 août 1887. — A la fin de la précédente séance, qui avait duré une demi-heure à peine, M. Bergeron, secrétaire perpétuel, faisant fonctions de président, avait annoncé que la séance d'aujourd'hui serait remplie par de nombreuses et intéressantes communications. De cette prédiction, que M. Bergeron pouvait faire à coup sûr, l'Académie n'ayant pas de secrets pour son secrétaire perpétuel, une partie seulement s'est réalisée; il n'y a eu, en effet, que deux communications, mais, en revanche, elles ont été des plus intéressantes. Nous ne surprendrons personne, si nous ajoutons que l'une a été faite par M. Germain Sée et l'autre par M. Tholozan, membre associé à Téhéran (Perse), où il est investi de la haute dignité de médecin attaché à la personne du souverain.

La communication de M. Germain Sée, on peut le dire sans crainte de se tromper, n'empruntait pas son intérêt à la nouveauté du sujet, puisqu'il s'agit du traitement de la plus vulgaire et de la plus banale des maladies, ou du moins d'un état morbide des plus communs, les « maux de tête », désignation sous laquelle l'auteur comprend des affections de nature diverse, telles que les céphalées chroniques de l'enfance et de l'adolescence, la migraine et les névralgies faciales.

La grande importance de la communication du savant clinicien se tire des résultats si extraordinairement favorables qu'il a obtenus, dans le traitement de ces états d'origine et d'allures si différentes, mais qui ont au moins un caractère commun, savoir leur extrême ténacité et leur résistance à presque toutes, sinon à toutes les médications jusqu'ici employées pour les combattre. Ce traitement, le même pour tous, consiste dans l'emploi de l'antipyrine administrée par la voie stomacale et par la voie hypodermique à une dose qui varie de 2 à 5 grammes par jour, suivant les cas et suivant l'espèce morbide, Dans 12 cas de céphalées de croissance, dans 42 cas de migraine, dans 7 cas de névralgies faciales rebelles à tous les traitements employés depuis 12 à 18 ans, M. Germain Sée a obtenu presque toujours la guérison des malades ; l'insuccès n'a été que l'exception.

Si, comme nous aimons à le croire, les espérances que ces heureux essais permettent de concevoir viennent à se réaliser, M. Germain Sée aura bien mérité de la thérapeutique et de cette si nombreuse et si intéressante classe de malades qu'il a eue en vue dans sa communication.

Après M. Germain Sée, M. Tholozan, à qui les questions d'épidémiologie sont depuis longtemps familières et qui a fait, notamment sur le choléra, des travaux importants, a lu un travail des plus intéressants à titre de contribution à l'étude d'une question encore des plus difficiles et des plus obscures, celle des brusques apparitions et des brusques disparitions de certaines épidémies, particulièrement des épidémies de la maladie indienne. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres relatifs à l'origine et à la marche des maladies épidémiques, nous en sommes encore, en dépit des nombreux et importants travaux de l'école bactériologique, au même

degré d'ignorance que les médecins du temps où l'on attribuait tous les faits inexplicables à l'influence du *génie* épidémique. Espérons que le bon génie de M. Pasteur finira par remporter une complète et définitive victoire sur le mauvais génie des épidémies.

— Au commencement de la séance, M. le président Sappey a annoncé à l'Académie la triste nouvelle de la mort de M. Giraud-Teulon, membre titulaire, et a payé à la mémoire du défunt un juste tribut d'éloges et de regrets. — A. T.

Le Congrès annuel de l'Association médicale britannique.

L'organe officiel de cette puissante Association, le *British medical Journal*, nous apprend que ce Congrès, le cinquante-cinquième, tenu à Dublin du 2 au 5 août, a été un des plus utiles et des plus agréables. L'existence d'une grande école de médecine dans cette ville, et par suite la coopération de professeurs instruits et expérimentés qui remplissaient la plupart des offices importants du Congrès, le fait lui-même que ce Congrès siégeait dans les murs d'un collège vénérable à la fois par son ancienneté et par les importantes contributions à la science qui sont dues à ses élèves, tout concourait à donner une distinction particulière à cette réunion.

Le tableau admirable que le président de l'Association, le docteur Banks, a tracé, dans son discours d'ouverture, le 2 août, du développement de l'Ecole médicale de Dublin, sera lu avec intérêt par ceux mêmes qui n'ont aucune attache avec la grande Université dont il est le professeur royal de physique.

L'état de l'Association, qui comprend les médecins des Iles Britanniques et des colonies, est des plus prospères ; elle compte 12,000 membres, son revenu est d'environ 630,000 francs, et a dépassé cette année les dépenses de 100,000 francs.

Les séances générales ont été consacrées comme d'habitude à l'audition de longs discours sur les diverses branches de la science médicale, par le président de chaque section. Dans la section de médecine, le professeur Gairdner (de Glasgow) a traité la question suivante : « L'art de la médecine a-t-il progressé dans le siècle présent? » Dans la section de chirurgie, M. Edward Hamilton a pris comme sujet de son discours : La résistance des tissus et l'antisepsie. M. Samuel Haghton, parlant au nom de la section de médecine publique, traite de la mortalité à Dublin et dans ses faubourgs. Dans son discours devant la section de pharmacologie et de thérapeutique, le docteur Whitla a développé deux sujets : l'un concernant la manière de stimuler et de recueillir les recherches thérapeutiques; l'autre, les meilleurs moyens qui peuvent être employés pour améliorer la partie thérapeutique de la pharmacopée anglaise. Enfin, dans la section de médecine psychologique, M. Gasquet a défendu l'importance du traitement moral de la folie.

Nous ne faisons que signaler les excursions et le banquet terminal, agréments habituels des Congrès, et qui n'ont pas manqué à celui de Dublin.

Voici quelques indications sur les travaux de sections :

Section de médecine. — Président, MM. William Moor : Communication, H. Charlton Bastian, sur les différentes espèces d'aphasie, en particulier leur classification et leurs suites pathologiques. Les deux Gardner, George Paget, Nixon et Banks ont prit part à la discussion. — Docteur Drysdale (de Londres) : Sur l'aphasie syphilitique. — Docteur J. Murphy (de Dublin) : Note sur un cas d'aphasie récidivante chez un enfant, avec complications, suivie de guérison. — Professeur Grainger Stewart (d'Edimbourg) : Sur l'apparition de l'albuminurie dans l'état de santé apparente et dans les maladies. — Docteur Ch. H. Ralfe : Sur certaines douleurs rénales simulant les calculs rénaux; discussion : docteurs Martin, Nixon, Drysdale, Drummond. — Docteur David Drummond : Sur des symptômes simulant la paralysie générale des aliénés, dépendant de la circulation dans le sang de résidus digestifs, dans un cas insidieux de cirrhose non alcoo-

lique. — Docteur Thomas Oliver : Cas d'épilepsie traumatique, traité avec succès par la trépanation. — Discussion soulevée par un mémoire de M. Norman Kerr sur l'alcoolisme, et de M. Isambard Owen sur les relations des maladies avec les habitudes d'intempérance. — Docteur Thomas Laffan : Sur les épanchements pleuraux. — Docteur John F. Knott (Dublin) : Emploi de certains acides organiques dans le rhumatisme goutteux et les diathèses de même nature. — Docteur Illingworth : Sur le traitement de la fièvre scarlatine. — Docteur Boyd (Dublin) : Remarques sur la fièvre typhoïde et son traitement. — Docteur Ringwood (Kells) : Sur une épidémie de fièvre à rechute. — Docteur Quinlan (Dublin) : Sur le traitement du rhumatisme aigu. — Docteur Sansom : Les méthodes de précision dans le diagnostic des affections cardiaques.

Section de chirurgie. — Président, Sir George H. Porter : Le principal sujet discuté a été la cure radicale de la hernie sur lequel ont été lus des mémoires par MM. Mitchell Banks (de Liverpool), Mac Ewen (Glasglow) et Keetley (Londres). La discussion a été continuée par la lecture de notes de M. C.-B. Ball (Dublin) sur la torsion du sac dans la cure radicale de la hernie; de M. Murphy, sur un cas dans lequel la cure radicale fut pratiquée par un procédé particulier. — Docteur Mayo Robson (Leeds) rapporte 36 cas de cure radicale. — Professeur Thornley Stoker (Dublin) : Théorie et pratique de la cure radicale de la hernie. — Docteur Francis T. Heuston (Dublin) : Cas de hernie crurale étranglée avec la trompe de Fallope et l'ovaire gangrénés dans le sac; moyens employés pour obtenir la cure radicale. — Docteur T. Laffan (Cashel) : Traitement des abcès rachidiens. — Docteur Spencer Wells : Comparaison entre l'opération césarienne et l'opération de Porro. — Docteur Taylor (Birmingham) : Cas de cholécystotomie pour des calculs biliaires, avec remarques sur le traitement de la rétention des calculs. — M. H.-W. Allingham fils (Londres) : Sur la colotomie inguinale, ses avantages sur la colotomie lombaire; Sur une méthode pour empêcher les fécès de passer au-dessous de l'anus artificiel. Discussion en faveur de cette opinion par MM. A.-E. Barker, Mayo Robson, Spencer Wells et C.-B. Ball. — Docteur Hector Cameron (Glasgow) : Sur la suture de la rotule et sur la conduite à tenir lorsque le muscle droit est raccourci. — Docteur Phillips (Londres) : Traitement de l'ulcère de jambe par la méthode du docteur Unna. — Docteur Ward Cousins : Traitement de la rétention d'urine par l'aspiration avec une sonde capillaire. — M. J.-K. Barton (Dublin) : Traitement opératoire de la coxalgie. — Docteur R.-J. Godlee (Londres) : Cas d'abcès du foie, et remarques sur la piqûre de la plèvre. — Docteur Kocher (Berne) : Sur la cachexie strumiprive et le myxœdème. — M. W.-T. Wheeler (Dublin) : La trépanation dans les affections de l'apophyse mastoïde et du tympan et dans les abcès du cerveau. — M. W.-J. Walsham : Litholapaxie chez les enfants mâles. — Docteur Austin Meldon (Dublin) : Traitement du tétanos. — Docteur R.-L. Swan : Influence de la section du périoste et du drainage osseux sur l'arrêt de certaines affections. — Docteur C.-R. Illingworth : Nouvelle forme d'attelle pour le traitement des fractures du coude ou des parties voisines.

Section d'obstétrique. — Président, M. A.-V. Macan : Discussions générales sur la prévention de la fièvre puerpérale, à propos d'un mémoire de M. William Playfair. — Sur le traitement électrique des tumeurs fibroïdes de l'utérus, par M. Apostoli. — Sur le traitement des déplacements de l'utérus en avant et en arrière, de M. Halliday Croom. — Mémoires de M. Sinclair (Manchester) sur la rupture du sac dans les premiers temps de la grossesse tubaire. — Notes sur la fièvre puerpérale, par MM. More Madden, Byers et Barnes. — Docteur T. More Madden : Traitement de certaines formes de la stérilité. — Docteur Murdoch Cameron (Glasgow) : Observations sur la pathologie de l'avortement, avec une série de pièces à l'appui. — Docteur Smyly (Dublin) : Sur le diagnostic et le traitement des maladies de la cavité utérine. — Docteur Robert Barnes (Londres) : Théorie et traitement du placenta prævia. — Docteur O'Callaghan : Sur une gastrotomie pratiquée par Lawson Tait.

Section de pharmacologie et de thérapeutique. — Président, M. William Whitla : Démonstration sur les progrès accomplis dans le traitement des maladies cutanées, par le docteur Unna (de Hambourg). — Le docteur Quinlan lit une note sur les variétés du strophan-

thus, et présente divers spécimens, parmi lesquels sont des plantes en voie de croissance, des gousses, des graines, et une flèche empoisonnée. — Docteur Leech (Manchester) : Sur l'action de la spartéine. — Docteur Burney Yeo (Londres) : Discussion sur la thérapeutique de la diathèse urique. — Docteur Latham (Cambridge) montre au microscope des cristaux d'acide urique préparés artificiellement en chauffant ensemble de l'urée et de la glycosine dans un tube à la température de 210° C. — Docteur R.-C. Tichborne : Sur l'élimination de l'acide urique par la peau, et sur la difficulté de découvrir des traces minimes de cet acide. — Docteur R.-B. Wild (Manchester) : Sur l'action de la quinine et de ses sels sur les tissus contractiles. — Docteur Myrtle : Exposé de son expérience sur l'eczéma et le psoriasis pendant quarante années. — Docteur Harkin (Belfast) : Sur le traitement de l'épistaxis. — Docteur A.-E. Sansam : Sur le traitement de certaines formes de maladies aortiques. — Docteur Michael-F. Cox : Traitement de l'endo-péricardite aiguë. — Professeur Charteris (Glasgow) et docteur Drysdale (Londres) : Sur le traitement climatique de la phthisie. — Docteur Symons Eccles (Londres) : Séance de massage. — Docteur Mordey Douglas : Note sur la Grande-Canarie comme station pour les phthisiques et autres malades.

Section de pathologie. — Président, M. Samuel Gordon : Discussion sur la pathologie de l'empyème, par les docteurs Markham Skerritt (Bristol), Russell (Edimbourg), Jacob (Leeds), Acland et Foote (Dublin). — Docteur Thin : Revue critique sur les recherches récentes relatives à la contagion de la fièvre scarlatine. — Docteur Thomas (Sheffield) : Sur la pathologie de la maladie de Bright. — Docteur E. Markham Skerritt : Sur l'actinomycose de l'homme. — Docteur E.-C. Anderson : Sur la leucine et la tyrosine. — Discours du président sur les progrès de la Société pathologique de Dublin depuis sa fondation en octobre 1838, par Stokes et Robert Smith. — Docteur A.-W. Foot : Sur l'étiologie de la chlorose. — Professeur Unna (Hambourg) : Note et démonstration de préparations microscopiques sur les micro-organismes de la lèpre. — Docteur J. Saint-Clair Boyd (Birmingham) : Rapport sur 58 pièces d'affections inflammatoires chroniques des annexes de l'utérus opérées par M. Lawson Tait en 1886. — Docteur E.-D. Mapother (Dublin) : Sur l'éléphantiasis causé par la position. — Docteur E.-F. Moore (Dublin) : Présentation de figures montrant une luxation permanente de l'humérus, une croissance anormale de l'ongle, et notes sur ces sujets. — Docteur A. Harkin (Belfast) : Note sur la moelle à l'état sain et à l'état morbide dans la région des quatrième et cinquième vertèbres dorsales. — Docteur Woodhead : Présentation de coupes montrant diverses affections pulmonaires au moyen d'un appareil éclairé par le calcium. — Professeur Crookshank (Londres) : Note sur les micro-organismes de la malaria. — Docteurs Sims Woodhead et Mac Fadyean (Edimbourg) : Note sur la tuberculose dans les laiteries. — Docteur A. Mantle (Stanley) : Sur l'érythème noueux, considéré comme une maladie infectieuse spécifique. — Démonstration de préparations microscopiques et de cultures de bactéries trouvées dans cette affection. — Docteur S. Delepine (Londres) : Note sur l'organisation du caillot après la ligature d'une artère. — Docteur Crookshank : Démonstrations de cultures et de préparations microscopiques des micro-organismes pathogènes et non-pathogènes.

Section de médecine publique. — Président, sir Thomas Crawford : Discussion importante après la lecture des trois mémoires suivants : Sur l'arrêté relatif à l'amélioration de la salubrité de Liverpool et ses applications aux propriétés insalubres, par M. Stopford Taylor. — De la conduite à tenir envers les propriétés insalubres actuellement occupées par les artisans et les laboureurs, par M. William Leatham. — Remarques sur les habitations insalubres, par M. Charles-F. Moore. — Docteur Laffan : Sur la loi relative aux laboureurs irlandais et les inconvénients de l'allaitement actuel des enfants dans la classe des travailleurs ruraux. — Le docteur W.-R. Thomas (Sheffield) rapporte quelques cas rares d'intoxication saturnine par les eaux potables. — Discussion sur l'influence des mesures prophylactiques modernes sur la prédominance des maladies infectieuses, par MM. Domelly et Drysdale. — Sur les avantages prophylactiques des onctions précoces et continues d'huile phéniquée contre la fièvre scarlatine, par le docteur John Brown. — Docteur Fr. Walker Lowudes (Liverpool) : Sur ce qu'on doit faire

des morts : inhumation ou crémation? — Docteur Thorne Thorne, vice-président : Sur le choléra communiqué par la voie maritime; comparaison des mesures de prévention prises par l'Angleterre avec les mesures de restriction prises par les autres nations de l'Europe. — Docteur Edgar Flinn : Sur l'application de la loi de salubrité aux districts ruraux en Irlande. — Docteur Albert Mouillot : Sur une épidémie de dysenterie à Glynn. — Docteur Ch. Drysdale : Sur l'efficacité supérieure de la vaccination animale. — Docteur M.-A. Boyd (Dublin) : Le régime alimentaire moderne et ses effets sur la santé. — Docteur James-A. Lindsay (Belfast) : Le régime alimentaire de la classe pauvre. — M. Michael-F. Cox (Dublin) : De la mauvaise santé qui survient chez les servantes et les domestiques d'auberge. — Docteur T.-W. Grimshaw : Statistique de la mortalité. — Docteur Drysdale : Influence de la vie facile sur la longévité. — Chirurgien général Gordon : Sur l'emploi des hommes comme infirmiers. — Ch. Moore Jessop : Sur les vêtements d'autrefois. — Sur les inconvénients du travail du plomb et de la nécessité de réglementer la profession de plombier : Discussion soulevée par un mémoire du docteur Churton (Leeds). — Docteur Brindley (James) : Sur l'organisation par l'Etat de l'administration des hôpitaux. — Docteur More Madden : Rapports du surmenage intellectuel et des maladies cérébrales dans l'enfance. — Docteur J. Molony : Sur l'abrogation de la loi sur les maladies contagieuses. — Docteur Edgar Flinn : Les stations sanitaires de l'Irlande. — Docteur E. Mac Dowel Cosgrave : Mauvais effets des lois sanitaires imparfaites. — Robert Barry : Suggestions pour une meilleure organisation du corps sanitaire en Irlande.

Section de psychologie. — Président, M. J.-R. Gasquet. — Docteur Hake Tuke : Sur la folie à deux. — Docteur J. Wiglesworth : Discussion sur l'emploi de l'électricité dans le traitement de la folie. — Docteur Savage : Discussion sur les troubles nerveux consécutifs à l'emploi des anesthésiques. — Professeur Kinkead : Etude médico-légale sur le cas de M. R... — Docteur H.-C. Turedy (Dublin) : Sur l'expectation comme cause de l'aggravation, réelle ou imaginaire, des accidents de chemins de fer. — Docteur Ashe : Comment la Société doit-elle en agir avec les criminels habituels? — Discussion sur le traitement à domicile comparé au traitement dans les asiles, par le docteur Yellowlees, etc. — Docteur Keay : Les cours aérées, les chambres fermées et la séquestration sont-elles nécessaires dans le traitement des asiles d'aliénés?

Section d'ophthalmologie. — Président, M. H.-R. Swanzy. — M. Simeon Snell : Etiologie et traitement du strabisme convergent concomitant. — Docteurs P.-H. Mules (Manchester) et W. Adams Frost (Londres) : Notes sur le strabisme; lecture suivie d'une discussion générale. — Docteur E. Landolt (Paris) : Sur le rétablissement de la vision binoculaire après les opérations pour le strabisme. — Docteurs George Berry : Sur l'amblyopie et l'étiologie du strabisme. — Walter-H. Jessop (London) et W.-E. Steavenson : Sur l'électrolyse dans le traitement de l'obstruction lacrymale. — Arthur-H. Benson (Dublin) : Traitement des rétrécissements du canal lacrymal par les sondes. — Professeur von Lehender (de Rostock) : Cas d'échinocoque de l'orbite. — Docteurs Meyer et Landolt (Paris) : Présentation d'instruments pour mesurer les sensations lumineuses. — Docteurs W.-A. Mc Keown (Belfast), Simeon Snell, David Little (Manchester) : Sur le traitement de la cataracte. — Docteur A. Emris Jones (Manchester) : Sur l'atrophie du nerf optique, associée avec l'écoulement de liquide par les narines. — Docteur Robert Doyne (Oxford) : Sur le contrôle de l'accommodation de l'œil. — Docteur Bickerton (Liverpool) : Sur la cécité des couleurs; son état actuel dans la marine marchande. — Docteur Werner et Uhthoff (Berlin) : Description de préparations relatives à : 1° l'alcoolisme chronique, dans ses rapports avec l'œil; 2° l'ophthalmologie; 3° la paralysie des muscles de l'orbite. — Docteur Eddowes : Cas présumé d'ophthalmie des nouveau-nés chez un chat.

Sous-section d'otologie. — Président, M. E. Woakes. — Docteurs Thomas Barr (Glasgow), Lennex Browne, etc. : Discussion sur le tintement d'oreilles. — Docteur Charles Warden (Birmingham) : Sur la surdi-mutité et les mariages consanguins.

Sous-section de laryngologie et de rhinologie. — Président, M. W.-H. Mac Neill

Whistler. — Discussion sur la phthisie laryngée, ouverte par le docteur Lennex Browne, soutenue par MM. Prosser James, Woakes, George Stoker, etc. — Sur le traitement de la phthisie laryngée, par M. Hunter Mackenzie. — Sur la tuberculose des amygdales, par le docteur W. Lubinski (Berlin). — Discussion sur les névroses réflexes du pharynx nasal. — Note sur le rétrécissement du larynx et présentation d'un nouveau dilatateur avec lame tranchante dans sa cavité. — Sur les progrès récents dans le traitement des rétrécissements du nez, avec présentation d'instruments, par M. Lennex Browne. — Instrument pour faciliter l'opération de la trachéotomie, par M. George Stokes.

Le prochain Congrès aura lieu au mois d'août 1888, à Glasgow, sous la présidence de M. le professeur Gairdner. — L.-H.

BIBLIOTHÈQUE

Orteil en marteau. Nouveau traitement par ostéotomie cunéiforme, par le docteur E. Cohen. — Paris, J.-B. Baillière, 1887.

Lorsqu'un seul ou les deux pieds présentent sur un orteil non dévié latéralement une extension de la première phalange sur le métatarsien, avec flexion de la phalangine sur la phalange, la phalangette étant fléchie ou étendue, on dit qu'il y a orteil en marteau.

L'affection dont la fréquence chez les jeunes gens (soldats) semble être de 1,65 p. 1000, est assez souvent symétrique et héréditaire, ainsi que l'a déjà observé M. Richelot. La plupart des auteurs donnent comme cause productrice de la déformation les chaussures trop courtes; M. Cohen ne leur accorde qu'un rôle secondaire, et, pour lui, la cause réelle de beaucoup d'orteils en marteau est un vice de développement qui peut se manifester pendant toute la période d'accroissement de l'orteil. A cette conformation vicieuse primitive s'ajoute, pour l'augmenter, produire le cor, l'ankylose de l'articulation et les diverses lésions trouvées à l'autopsie, le frottement des chaussures sur la partie saillante de l'articulation.

Les lésions anatomiques sont les suivantes : la peau présente un épaississement de l'épiderme, qui peut aller jusqu'à la formation d'un cor; il y a une subinflammation du derme. On y trouve parfois des orifices fistuleux. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, il y a au-dessous de la peau, sous le cor, une bourse muqueuse qui peut suppurer; les muscles sont presque toujours sains; les tendons tantôt sont absolument normaux, tantôt présentent soit des adhérences à l'articulation de la phalange et de la phalangine, soit un noyau fibro-cartilagineux à ce niveau. Les ligaments paraissent ne pas présenter de lésion s'il n'y a pas d'ankylose; dans le cas contraire, on les trouverait rétractés, atteints de nécrose. Les surfaces articulaires sont tantôt saines, tantôt atteintes de lésions d'arthrite; il pourrait même y avoir de la nécrose des os (mal dorsal). Enfin, seule lésion constante, il y a subluxation de la phalangine sur la phalange.

Il existe trois types cliniques de l'orteil en marteau : l'orteil en Z, l'orteil en C et l'orteil en L, qui est très rare. L'orteil en marteau peut être simulé devant les conseils de révision. On a cherché, en effet, à provoquer l'affection par trois procédés : l'un consiste à maintenir le second orteil fléchi à l'aide d'une bandelette étroite; dans le deuxième, on coupe le tendon extenseur; enfin, dans le troisième, on fait à la peau de la face plantaire de l'orteil une incision transversale et, dans la plaie, on applique un caustique pour obtenir un tissu de cicatrice rétractile.

Les divers traitements de l'orteil en marteau sont fort longs et variables dans leurs résultats. L'auteur conseille l'ostéotomie, qui est un moyen rapide et sûr de guérison sans amputation. Elle est devenue inoffensive, grâce à la méthode antiseptique. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

De l'état actuel du traitement hydriatique du typhus, par Ernst Brand (de Stettin). (*Zeitschrift für Therapie*, 15 juin, 1er juillet 1887.) — Le célèbre auteur de la

méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids vient de publier une revue très étendue sur les résultats actuels de sa méthode. Il reconnaît tout d'abord qu'une discorde persistante règne sur le traitement du typhus : l'un fait le traitement d'expectation symptomatique, l'autre celui de Liebermeister, un troisième suit la méthode mixte hydriatique et antipyrétique, et un quatrième emploie surtout la thalline, etc. Tandis que certains se réjouissent de la soustraction de la chaleur, les autres sont heureux lorsqu'elle existe. Malgré tout, au milieu de ces divisions, le traitement hydriatique de Brand reste inébranlable « comme un rocher de bronze ». Tout ce que Brand a affirmé depuis vingt-cinq ans de l'influence de sa méthode sur les symptômes isolés et sur la marche du typhus est aujourd'hui confirmé exactement. Il en est de même pour les indications que l'on a si attaquées. L'hypothèse que le traitement ne fait que soustraire de la chaleur est complètement abandonnée, et tous admettent avec l'auteur qu'il enlève de la chaleur et stimule en même temps.

Pendant et après le bain, le cerveau du typhique devient libre, les muqueuses sèches s'humidifient, le pouls est lent et plein, la respiration profonde, l'urination augmentée; les organes fonctionnent presque régulièrement et les échanges nutritifs sont ralentis.

Donc les bains : 1° rendent le typhique pour quelque temps presque apyrétique; 2° rétablissent le fonctionnement des organes; 3° ralentissent les échanges nutritifs.

Les bains renouvelés toutes les deux ou trois heures, dès que leur action a cessé, ont pour effet de briser, après un à quatre jours, la résistance de l'organisme à la soustraction de la chaleur. Les températures maxima s'abaissent, la température moyenne reste voisine de la normale. La méthode de Brand donne seule ces résultats, ce qui prouve qu'elle n'est pas seulement symptomatique, mais qu'elle influence le processus.

On voit décroître ou disparaître les symptômes cérébraux, les broncho-pneumonies provenant du catarrhe des petites bronches et les hypostases occasionnées par l'asthénie cardiaque. D'après Vogel, on n'observe à la suite des bains aucun symptôme de faiblesse du cœur, pas de dicrotisme du pouls, pas de cyanose, même dans les cas graves, rarement un peu d'hypostase, pas d'hémorrhagies, pas d'oligurie, pas de collapsus et rarement des thromboses veineuses. Tripier et Bouveret ont vu l'atténuation de tous les symptômes abdominaux : diarrhée, météorisme, douleur et gargouillement iléo-cœcal. Jurgensen seul a eu un cas de perforation avec péritonite. Tout se réduit donc, avec la méthode, à un peu de fièvre avec catarrhe pulmonaire léger, roséole et gonflement de la rate.

Tous les auteurs reconnaissent qu'avec un emploi précoce et réglé on domine le processus typhique, au point qu'il n'arrive pas à l'ulcération des glandes de l'intestin, mais qu'il y reste à l'état d'infiltration. Dans un cas de mort par pneumonie au vingt-unième jour, les glandes étaient seulement infiltrées; dans un autre au trente-unième jour, par récidive, il y avait seulement une infiltration nouvelle, mais ni ulcérations, ni cicatrices, ni endroits pigmentés.

Il faut, pour obtenir tous ces bons résultats, que l'emploi du traitement soit, comme on vient de le dire, précoce et réglé.

1° Précoce. — On doit l'établir avant la fin du quatrième jour. Ce sont les cas plus avancés qui ont été mortels quoique rarement. Quand l'ulcération est commencée, on ne peut natuellement plus en préserver le malade. On doit traiter par l'eau tout typhus, car on ne sait s'il sera bénin ou grave.

2° Réglé. — Les bains doivent être assez froids et assez longs pour soustraire de la chaleur et stimuler. Ils doivent être renouvelés dès que l'action du précédent est éteinte, sous peine de retour offensif des symptômes typhiques et des complications.

Quand la température du bain est trop élevée, on n'en obtient pas les bons effets.

On peut exprimer les indications en quelques mots : Terrasser le processus typhique le plus tôt possible; prévenir toute exacerbation jour et nuit, du commencement à la fin; éloigner les troubles fonctionnels des organes.

On obtient ces résultats avec la méthode hydriatique artificielle qui trouve son expression dans la formule suivante : Toutes les trois heures un bain de 18° de quinze minutes de durée, aussi longtemps que la température du corps atteint 39°. En outre, arrosement froid et compresses sur le ventre souvent changées. Les troubles fonc-

tionnels existent-ils sans élévation notable de la température, recourir à la vertu de la méthode stimulante, arrosement froid dans un demi-bain tiède.

Peut-on remplir les indications avec les autres méthodes? Ce n'est certainement pas avec la méthode expectante symptomatique. Le secret du traitement du typhus consiste à prévenir. Dans l'expectation armée on attend le développement des symptômes pour lutter.

La nouvelle méthode de Liebermeister conduit à de mauvais résultats parce qu'il laisse les symptômes se développer. Quand la température atteint 40° cent., l'action des bains devient insuffisante. Il reste toujours quelque chose des symptômes développés, ce qui est une occasion à des complications. Aussi, à cause du manque de bain en temps opportun, les troubles fonctionnels persistent ou sont augmentés par la quinine. Tout cela a conduit Liebermeister à abandonner son mode de traitement.

Par les bains prolongés de la méthode de Riess, on ne peut pas non plus assurer une marche légère du typhus parce qu'ils soustraient de la chaleur sans stimuler, et que l'on ne peut les continuer pendant des semaines.

Pour les antipyrétiques, il faut espérer que leurs jours sont comptés. Avec ou sans l'emploi de bains concomitants, ils ne peuvent lutter contre le processus typhique, car l'abaissement artificiel de la température n'a que peu d'influence sur lui.

Leur emploi est même nuisible. Quand on traite le typhus abdominal par l'expectation et l'hygiène, on n'a que 15 p. 100 de mortalité. Avec l'acide salicylique, elle s'élève à 24 p. 100 (Riess); avec la quinine, à 20 p. 100 (Palette). Au contraire, dans le traitement hydriatique systématique, elle est de 0,5 p. 100; si on lui adjoint les antipyrétiques, elle s'élève à 9 p. 100.

Dernièrement, comme on pensait que l'abaissement de la température était le critérium du traitement du typhus, on a donné la thalline à des intervalles de trois heures, du commencement à la fin. Avec cette méthode, Jaksch a déclaré au Congrès de médecine interne de Wiesbaden (1885) : 1° que des sueurs et des frissons s'ajoutaient aux phénomènes du typhus; 2° qu'il y avait peu d'utilité à user de moyens seulement antipyrétiques dans le typhus et les maladies fébriles; 3° que l'intensité de la maladie n'était pas diminuée; 4° que la convalescence était longue. Néanmoins, Ehrlich et Gerhardt poursuivent leurs recherches et soumettent les malades entrants à l'hôpital alternativement à la thalline et à l'eau froide.

Le traitement antibacillaire par le calomel ou le sublimé n'est pas même conforme à l'indication, et l'action de ces substances, si elle existe, doit avoir un autre domaine. On sait si peu de choses sur les bactéries qu'il vaut mieux n'en pas parler; d'ailleurs ce mode de traitement est déjà abandonné.

Donc le traitement hydriatique systématique de Brand est le seul qui remplisse les indications. La statistique de mortalité le montre. Quand on commence le traitement dans le stade prodromique, c'est-à-dire avant la fin du quatrième jour (et cela n'est possible que dans les familles ou les hôpitaux militaires), la mortalité tombe à peu près à 0 p. 100. Cette opinion s'appuie sur une observation de plus de trente ans. Jurgensen (de Tubinge), sur 217 malades en onze ans, n'en a perdu qu'un qui avait commencé le traitement le neuvième jour. Vogl, sur 221 typhiques, en a perdu 6 qui tous avaient été traités convenablement après le cinquième jour. Buttnerr (de Brenn), sur 327 malades, en a perdu 2 qui avaient tardé à recourir au traitement hydriatique, et Kurth, sur 186, a eu 3 morts dans les mêmes conditions. Sur 2,774 cas où il y a eu 69 morts, aucun des malades qui ont succombé n'avait été traité avant le cinquième jour.

« Dans mon opinion, s'écrie Brand, avec le traitement réglé et précoce, on peut dire que la mortalité descend au chiffre idéal de 0 p. 100. »

Le chiffre de la mortalité en clientèle de famille se calcule à 1 p. 100 : 12 morts sur 1,223 cas. Dans la pratique privée, où le traitement est tardif ou même institué sur des moribonds, la mortalité est de 3,9 p. 100 : 234 morts sur 5,573 cas. D'après Tripier et Bouveret, on peut admettre pour les hôpitaux le chiffre de 5 p. 100. On peut admettre qu'en gros la mortalité est tombée à la moitié de celle de la méthode expectante, et qu'il y aura encore une amélioration sensible quand le traitement hydriatique symptomatique sera complètement séparé de la méthode antipyrétique.

Le traitement hydriatique systématique agit sur le processus, éloigne les troubles fonctionnels, empêche les exacerbations. Il change le typhus grave en typhus tenuis.

L'antipyrétique laisse la température s'élever et lutte alors contre elle. Il agit seulement sur le symptôme chaleur et non sur le processus; il obtient à force de peines un typhus antipyrétique, mais n'entrave pas les troubles fonctionnels.

Aussi le résultat sépare les deux méthodes, comme le montre la statistique suivante de Vogl faite sur des cas semblables : même âge, même sexe, même santé, mêmes habitudes de vie et de nourriture, même état de maladie, même date de commencement du traitement, mêmes soins et aussi, pour satisfaire Unverricht, même eau :

Année	Cas.	Morts.	Mortalité p. 100.	Traitements
1875-1876..........	76	14	15,8	Antipyrétiques.
—	66	3	4,5	Brand.
1876-1877..........	194	13	6,7	Antipyrétiques.
—	141	5	3,5	Brand.
1877-1878..........	77	3	3,8	Antipyrétiques.
—	56	0	0,0	Brand.
1878-1879..........	115	7	6,1	Antipyrétiques.
—	92	14	15,2	—
1879-1880..........	110	12	10,8	—
—	98	3	3,9	Brand.
1880-1881..........	16	3	18,8	Antipyrine.
—	25	1	4,0	Brand.
1881-1882..........	22	2	9,1	Antipyrétiques.
—	42	2	4,7	Brand.

Comme on peut le voir, presque chaque année les différences se marquent par des chiffres doubles, triples et quadruples.

Conclusions : Avec la méthode de Brand, la mortalité est de : 1° 0 p. 100 avec le commencement opportun et la médication bien réglée; 2° 1 p. 100 dans la pratique du médecin de famille; 3° 3,4 p. 100 dans la pratique privée; 4° 5 p. 100 à l'hôpital. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur H. Blanc, médecin-major de 2e classe, une brochure intitulée : *Recherches sur la fièvre typhoïde en Tunisie*. (Comm. des épidémies).

M. le Président annonce à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Giraud-Teulon, l'un de ses membres titulaires, et ajoute quelques paroles d'éloges et de regrets.

— M. Germain Sée, sous le titre de : *Traitement des maux de tête* (céphalée, migraine, névralgies faciales) par l'*antipyrine*, fait une communication des plus intéressantes dont voici le résumé :

Le savant académicien rappelle qu'il y a quatre ans, M. René Blache et, presque en même temps, MM. Keller et Charcot, décrivaient, sous le nom de céphalées de croissance, des douleurs de tête qui, en effet, se développaient chez les enfants et les adolescents âgés de 12 à 18 ans, c'est-à-dire en pleine croissance, douleurs frontales incessantes et exaspérées par la moindre tentative de travail intellectuel.

La céphalée de croissance se distingue de la migraine qui est toujours hémicrânique, accompagnée de troubles visuels, de nausées, de vomissements; — des névralgies faciales qui sont localisées dans un nerf déterminé; — des douleurs de tête des enfants anémiques ou chlorotiques reconnaissables à la décoloration des tissus, au souffle dans les vaisseaux du cou et dans le cœur, et surtout à la diminution de l'hémoglobine du

sang. Ces céphalées peuvent apparaître dans des conditions de scolarité où il n'y a pas le moindre excès, pas même un surcroît de travail, ni par conséquent de surmenage cérébral. Elles résistent opiniâtrement à tous les moyens thérapeutiques les plus variés.

Après avoir observé un certain nombre de céphalées de croissance, M. G Sée fut frappé de leur coïncidence fréquente avec l'hypertrophie cardiaque de même origine qu'il a fait connaître en 1885, et qui se caractérise par la matité exagérée, la gêne respiratoire, le souffle au premier temps et à la pointe du cœur, quelquefois par des intermittences et des palpitations.

De 15 à 20 ans, c'est-à-dire chez l'adolescent, le cœur subit un accroissement rapide, et qui devance souvent le développement général, et d'autrefois suit avec peine une élongation énorme du corps.

De 8 à 12 ans, loin de s'hypertrophier comme chez l'adolescent, le muscle cardiaque reste stationnaire ou même s'affaiblit pendant que le corps grandit et s'amaigrit; le cœur, fatigué et sans moyen réparateur, se dilate, surtout si en même temps, comme on le fait trop souvent au collège, on impose à l'enfant un travail physique excessif, des promenades de 10 à 20 kilomètres, une gymnastique d'acrobate; cet enfant s'épuise à la fois par l'exercice physique et par l'action cérébrale.

M. Germain Sée distingue diverses espèces de céphalées : 1° céphalées de surmenage scolaire : 2° céphalées de croissance plus fréquentes; 3° céphalées cardiaques; 4° chez les très jeunes enfants, céphalées par débilitation du cœur et du corps.

En présence d'un problème si complexe, M. G. Sée a cherché à combattre un seul élément morbide, mais dominant toute la situation, c'est-à-dire le maître symptôme, à savoir la douleur elle-même. Il déclare avoir trouvé la solution du problème dans l'emploi régulier, continu de l'antipyrine.

Chez 12 enfants ou adolescents de 13 à 19 ans, dont la plupart étaient atteints de céphalées cardiaqnes et qui avaient tous été traités vainement par les méthodes habituelles, l'antipyrine, à la dose de 3 grammes par jour, a réussi à calmer les douleurs de tête au bout de deux ou trois jours, et à les faire disparaître complètement au bout de six semaines à deux mois de traitement antipyrique, sans adjuvant.

Sur ces 12 enfants, 7 étaient des élèves intelligents et travailleurs, 5 étaient médiocres et paresseux, ce qui prouve que l'excès de travail est rarement la cause unique des céphalées. La véritable cause, suivant M. G. Sée, est le développemeut physique inégal des diverses parties du corps, et surtout des organes internes.

M. G. Sée a également appliqué avec succès l'antipyrine au traitement des migraines, qu'il distingue des céphalées, des névralgies du trijumeau et des douleurs des muscles épicrâniens par quatre caractères principaux : la douleur de tête, les troubles de la circulation faciale et sans doute aussi de la circulation intra-crânienne, les troubles de la vue dont la prédominance produit la migraine ophthalmique, enfin les nausées et les vomissements fréquents dans le cours de l'accès.

Contrairement aux idées le plus généralement reçues, M. G. Sée considère la migraine comme une maladie autonome, très souvent héréditaire, mais indépendante des vices de nutrition générale de l'économie, et sans rapport défini avec les organes digestifs.

Partant de ces données, et connaissant le pouvoir dépressif de l'antipyrine sur l'excitation du système cérébro-spinal, il a cru pouvoir soumettre les migraines à l'usage de cette médication qu'on peut appeler calmante et antidouloureuse.

Sur 42 malades, la plupart âgés de 18 à 45 ans : 6 jeunes filles, dont 3 chlorotiques; — 12 femmes mariées, dont 5 névropathiques, 1 hystérique et 2 dyspeptiques; — 12 jeunes gens adonnés aux études, mais *non surmenés* et indemnes de toute tare diathésique ou spécifique; — 12 hommes plus âgés, dont 1 goutteux, 1 néphrétique calculeux, 4 rhumatisants, 5 cardiaques et 2 d'une santé parfaite; chez tous ces malades, — dont aucun, à l'exception de deux femmes, ne présentait de trouble digestif en dehors des accès, — l'antipyrine donnée dès le début de l'accès, 1 gramme au réveil et 1 gramme une heure après, a suffi pour faire disparaître complètement l'accès, c'est-à-dire, en somme, pour guérir la maladie qui ne se compose que d'accès.

Le remède est administré dans un demi-verre d'eau fraîche avant ou en même temps

que le thé, le potage ou le café au lait du matin. La douleur diminue en vingt ou trente minutes.

Dans l'intervalle des accès, rien, et cependant, chez la plupart, ils s'éloignent graduellement; lorsque les malades sont sujets aux accès rapprochés, ils doivent continuer à prendre 1 gramme d'antipyrine par jour.

Sur les 42 cas, M. G. Sée n'a constaté que deux fois l'intolérance stomacale, d'ailleurs facile à corriger, une fois le vertige, et une fois un grand malaise suivi d'une excitation qui ne permit pas de renouveler la tentative. Chez tous les autres malades (38 sur 42), le succès fut immédiat et complet, sans le moindre trouble de la digestion, ni de la circulation, ni de l'innervation cérébrale.

Enfin, dans des *névralgies faciales* et des *tics douloureux de la face*, de la forme la plus grave, d'une durée de douze à dix-huit ans, M. G. Sée a pu obtenir, avec l'antipyrine, deux guérisons complètes et quatre améliorations, dont plusieurs équivalant à la guérison. Une seule a résisté d'une manière absolue.

Le traitement a consisté dans l'usage journalier de 5 grammes d'antipyrine et, de plus, dans les injections sous-cutanées d'une solution d'antipyrine (0,50 centigrammes d'antipyrine pour 0,75 centigrammes d'eau).

Si on veut agir plus énergiquement, on ajoute 1 centigramme de cocaïne à chaque seringue Pravaz contenant parties égales d'eau et d'antipyrine.

— M. Tholozan, membre associé à Téhéran (Perse), lit un travail sur les brusques apparitions et disparitions des épidémies en général et, en particulier, du choléra.

— La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Choléra. — Le *British medical Journal* du 13 août 1887 donne les renseignements suivants :

Un correspondant de Naples, télégraphiant mardi soir, annonce que 4 cas nouveaux et 2 morts ont eu lieu lundi. A l'hôpital du choléra, il n'y avait que 3 malades mardi; on y avait reçu en tout 12 malades, dont 6 étaient morts. A Résina, sur 50 cas, la mortalité s'élevait à 74 p. 100 ; lundi, il y avait eu 9 cas et 4 morts. Cette localité offre une misère et une malpropreté au delà de toute expression. A Palerme, il y avait eu 4 cas et une mort. La province de Catane continuait à être cruellement maltraitée. A Aderno, il y avait eu 55 cas et 22 morts ; à Bronte, 22 cas et 12 morts ; à Bianca Villa, 16 cas et 8 morts ; à Paterno, 16 cas et 9 morts; à Syracuse, 3 cas et 1 mort; à Messine, 5 cas. Les mesures énergiques de M. Crispi ont eu un bon effet. Le télégramme courageux dans lequel il a ôté tout crédit aux inutiles fumigations des lettres et journaux a rendu un véritable service. A Malte, 14 nouveaux cas et 4 morts sont signalés mardi, indépendamment de 2 morts parmi les cas antérieurs. La maladie était entièrement limitée aux classes les plus pauvres de la population, et la santé des troupes continuait à être excellente.

Mercredi soir, le correspondant annonce 4 cas, et 3 morts des cholériques de mardi; à Résina, 6 cas et 2 morts. L'existence du choléra à Naples est vivement niée par la presse locale, pour ne pas alarmer la population. Il n'y a d'ailleurs aucun indice que l'épidémie doive y prendre de grandes proportions. Les nouvelles de la Sicile sont meilleures.

Un télégramme de Malte, par l'agence Reuter, annonce que 12 cas nouveaux et 5 morts ont été signalés depuis mardi, ainsi que 7 morts parmi les malades antérieurs. A Rome, l'état sanitaire des districts infectés est meilleur, et une amélioration notable se produit à Résina. Néanmoins, quelques cas suspects se sont manifestés dans les prisons à Naples. — R.

Nécrologie. — La mort du professeur Alexandre Gordon, de Belfast, est signalée comme un deuil pour la profession médicale. Peu d'hommes, dit le *British medical Jour-*

nal (13 août 1887) ont montré autant de qualités personnelles, une pratique médicale aussi intelligente, une indifférence aussi complète pour les honneurs du monde, et pour tout ce qui pouvait le détourner du but qu'il s'était imposé. Pendant plus de trente ans il a rempli avec succès la chaire de chirurgie à l'école de médecine florissante (de Belfast). Il s'est signalé surtout dans les études des lésions et des maladies des os et des articulations. Son livre sur le *traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius* est généralement estimé. — R.

— Le 150e anniversaire de la fondation de l'Université de Gottingen vient d'être célébré, le 8 août dernier, avec son éclat ordinaire. L'Allemagne fête en effet avec grande pompe le jubilé de cette Université, d'où sont sortis ses plus grands hommes.

Le prince Albrecht, régent du duché de Braunschweig, le ministre de l'instruction publique et des cultes, le président de la province de Hanovre, le Landesdirector, etc., etc., assistaient à cette solennité. La Faculté de médecine de l'Université a nommé le ministre et le Landesdirector, docteurs honoraires. A cette occasion, l'Empereur a conféré aux professeurs Leber et Ebstein le titre de médecins conseillers secrets.

— Le professeur Gartner est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale à la Faculté de médecine de l'Université d'Iéna. — Ch. S.

COURRIER

Nécrologie. — Le corps médical d'Aix-les-Bains vient de perdre un de ses membres les plus justement considérés. Le docteur Demeaux a succombé après une longue et douloureuse maladie, à l'âge de 56 ans. Ancien interne des hôpitaux de Lyon, Demeaux avait publié, sous l'inspiration du professeur Rambaud, une thèse sur l'emploi du drap mouillé dans la fièvre typhoïde, travail remarquable, souvent cité dans nos sociétés savantes, lors des discussions qui précédèrent l'introduction de la méthode de Brand à Lyon. Il exerça ensuite pendant seize ans la médecine à Paris, qu'il fut obligé de quitter à la suite d'une attaque de choléra. Après un séjour de quelques années à la Tour-du-Pin, il alla se fixer à Aix, où il conquit de suite une situation prépondérante, qu'il devait autant à son savoir qu'à son caractère à la fois ferme et conciliant. Aussi, dans les diverses difficultés inévitables dans la pratique thermale, son intervention était toujours acceptée de ses confrères qui savaient apprécier la délicatesse et la sûreté de son jugement. Savant autant que modeste, Demeaux avait amassé de nombreux matériaux mis en évidence dans plusieurs publications, notamment sur les déformations du gros orteil dans la goutte et le rhumatisme, et sur la prédominance hémi-latérale des affections rhumatismales.

Notre regretté confrère était bon, charitable. Le pauvre était sûr de trouver chez lui avec ses conseils sa bourse toujours ouverte. Il s'occupa beaucoup de la fondation d'une société de secours et de retraite pour les employés de l'établissement thermal, et pour en assurer le fonctionnement, il a fait à cette institution un legs de 10,000 francs. L'hôpital de la Tour-du-Pin, son pays natal, n'a pas été oublié. A Lyon, il a aussi laissé un legs à l'Association des anciens élèves du Lycée, et à la Société des sciences médicales dont il était membre.

Aussi avons-nous appris sans étonnement que confrères, malades et amis se pressaient en grand nombre à ses funérailles, rendant ainsi un suprême hommage au savant et à l'homme de bien. (*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Un grand hôpital parisien en 1886

Par Louis Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière (1).

I

L'année 1886, considérée au point de vue nosologique, a été pour Paris une année heureuse. Aucune épidémie, aucune maladie dominante, telle est la notion qui ressort du résumé des bulletins publiés par le service de statistique de la Ville.

On en pourrait conclure que la population parisienne n'a dû recourir que modérément, durant cette année, à l'assistance hospitalière ; que la santé publique généralement satisfaisante n'a, par conséquent, entraîné pour l'administration communale aucune complication matérielle.

Or, c'est un résultat tout opposé qu'il faut constater. L'année 1886, normale pour la ville, a été anormale pour les hôpitaux. Il en est un, du moins, l'hôpital Lariboisière, pour lequel elle a été exceptionnelle. S'il n'est pas le plus vaste, il est le plus actif des établissements parisiens ; cette

(1) Nous publions ici les principaux passages d'un remarquable travail que vient d'écrire le sympathique directeur de l'hôpital Lariboisière. La situation de nos services hospitaliers, les vices de leur aménagement, les défauts et l'insuffisance de leur personnel, un certain nombre des abus dont ils sont le théâtre, y sont étudiés avec conscience et dans un esprit éclairé. Nous voudrions voir se multiplier les travaux de ce genre, et approcher le jour où l'organisation de nos hôpitaux ne sera plus un motif d'étonnement pour les étrangers et un prétexte à leurs injures. (L. G. R.)

FEUILLETON

CAUSERIE

Refus d'honoraires à un médecin pour une opération qui n'a pas profité au client. — Mésaventure de Paganini avec son dentier. — Le choléra en Italie.

Notre ami, M. le docteur David, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, vient de faire appel devant la profession, par la voie du *Concours médical* du 6 août, d'un procès qu'il a perdu devant le tribunal civil de la Seine. Voici d'abord l'exposé de la cause :

Une demoiselle de 50 ans est adressée à notre confrère par M. le docteur Delbet, médecin du ministère de la justice, pour l'application d'un dentier. Les soins préliminaires, extraction de chicots, de racines, ne causent aucune douleur, l'empreinte est prise pour fabriquer l'appareil. Mais alors la demoiselle R.. vient demander au dentiste un certificat attestant qu'elle aurait perdu ses dents par suite d'émanations cupriques qui arrivent, assure-t-elle, dans son appartement ; elle voulait, armée de cette pièce, actionner son propriétaire en dommages-intérêts. Le certificat est refusé ; la cliente refuse à son tour de laisser continuer la fabrication du dentier, et M. David, pour en finir, envoie une note de 50 francs pour ses soins préliminaires.

Après plusieurs réclamations restées sans réponse, désireux de donner une leçon à cette cliente peu soucieuse de la dignité professionnelle, notre confrère fait poursuivre

activité date de son origine; elle est née des conditions particulières de son installation, des polémiques assez nombreuses et assez vives qui ont, dès le début, attiré sur lui l'attention publique...

L'hôpital Lariboisière a assisté, en 1886, 11,290 malades. Depuis 1854, date de son inauguration, jamais il n'avait atteint un tel chiffre; ni au temps des épidémies cholériques, ni en 1882, pendant une terrible invasion de fièvre typhoïde, ni même en 1870, année de la guerre, à la suite de laquelle quatre années consécutives, remarquablement basses, marquent cette période d'apaisement qui suit les grandes hécatombes. Tout ce que les dures épreuves de cette sombre année devaient emporter de la population parisienne était parti alors. La santé publique semblait s'être renouvelée.

De 1870 à 1882, trois années seulement, 1875, 1876, 1877, dépassent ce niveau moyen constaté après la guerre. Depuis 1882, la population tend à rester assez haute, mais sans excès; en 1886, elle monte tout à coup et se tient à ce chiffre extraordinaire et jusqu'ici inconnu de 11,290 malades.

La situation des services devient très pénible. Organisés pour recevoir 661 lits d'adultes et 43 berceaux, ils comptent, pour les adultes seulement, un nombre de lits supplémentaires qui va jusqu'à dépasser parfois 200 par jour. Ce n'est plus un hôpital, c'est une ambulance...

Quelle sont les causes générales et particulières de cet encombrement, nuisible à l'hygiène des salles, au traitement rationnel des malades, autant que préjudiciable aux finances hospitalières?

Quels seraient les moyens d'en prévenir la continuité ou le retour, et aussi d'en atténuer les charges?....

II

La première cause de l'affluence des malades à l'hôpital Lariboisière est toute morale. — On sait avec quelle force les légendes s'imposent à la foule et quelle influence elles conservent à travers les temps et les faits.

---

le recouvrement de ses honoraires devant la justice de paix du VIe arrondissement. Deux experts désignés par Mlle R... elle-même, MM. Armand Desprès et Magitot, déposent chacun un rapport entièrement favorable au docteur David. En conséquence, le tribunal, adoptant les conclusions de ces rapports, condamne la cliente à payer les honoraires demandés et les dépens en plus.

Mlle R... fait appel de cette condamnation, et voici le jugement qu'elle obtient devant le tribunal civil :

« Le tribunal....., jugeant en dernier ressort....., attendu que la demoiselle R... affirme qu'elle n'avait pas consenti à ce que David lui posât un râtelier;

« Que l'ablation de ses dents a eu lieu sans que le dentiste lui en fasse connaître l'objet; que par la suite et pour terminer tout différend, elle prétend qu'il a été convenu qu'on ne lui réclamerait pas d'honoraires, pas plus qu'elle ne réclamerait de dommages;

« Attendu qu'enfin David n'a pas posé de râtelier à l'appelante, que dès lors l'ablation de ses dents a été une opération inutile pour elle et purement nuisible;

« Attendu que la demande de David limitée à cinquante francs et le long temps écoulé avant sa réclamation en justice rendent invraisemblables les allégations de la demoiselle R...

« *Que, dans tous les cas, l'opération pour laquelle des honoraires sont demandés ne lui a pas profité.*

« Par ces motifs : Reçoit la demoiselle R... appelante du jugement rendu contre elle

Or, Lariboisière a eu sa légende dont les traits ne se sont pas effacés de la mémoire des Parisiens.

A peine ouvert, on le donnait comme le type le plus parfait des installations hospitalières; son architecte s'inspirait des plans présentés, dès 1788, par l'Académie des sciences; les gouvernements étrangers exprimaient le désir d'en connaître et d'en appliquer les dispositions; aucune consécration ne lui manquait, pas même celles des discussions académiques...

La population indigente de Paris n'eut sans doute que de très discrets échos de ces polémiques; elle en retint seulement cette conviction que l'hôpital Lariboisière était un hôpital à part, installé dans des conditions exceptionnellement favorables, desservi par les chefs de service les plus remarquables; partant, que ce devait être nécessairement l'hôpital « où l'on guérissait le mieux »...

Il se composait alors de dix-huit salles établies dans six pavillons isolés à l'extérieur d'une galerie commune; perpendiculairement à ces pavillons, d'autres salles du rez-de-chaussée servaient de magasins, de lieux de réunion ou de réfectoire, soit aux convalescents, soit aux élèves externes et aux serviteurs.

Peu à peu et suivant les exigences croissantes du service, ces dernières localités ont été provisoirement détournées de leur destination originelle. Aujourd'hui ce provisoire est devenu définitif.

Les travaux commencés en 1886 pour compléter les dépendances de ces salles annexes, en vue d'un service régulier, les consacrent absolument au traitement des malades...

III

Au point de vue de la bonne installation des services, l'hôpital Lariboisière reste encore un type assez parfait, si l'on s'en tient à la salle réglementaire de 32 à 34 lits. Mais cet effectif est communément dépassé, la salle est encombrée; elle contient constamment 44 lits; trop fréquemment ce

---

par le tribunal de paix du VI[e] arrondissement de Paris le 4 février 1886, enregistré, et y disant droit, infirme ledit jugement et faisant ce que le premier juge aurait dû faire,

« Déclare David mal fondé dans sa demande principale et déclare la demoiselle R... mal fondée dans sa demande reconventionnelle, les en déboute;

« Fait masse des dépens de première instance et d'appel pour être supportés un tiers par la demoiselle R... et deux tiers par David. (Tribunal civil de la Seine, 7[e] chambre, 7 juin 1887.) »

On a quelque raison, ajoute M. David, d'être étonné d'un pareil jugement.

Le juge de paix avait, ce nous semble, introduit dans la question les éléments d'une sage appréciation, en demandant l'avis de deux experts dont personne ne contestera la compétence et l'indépendance : MM. Desprès et Magitot.

Le tribunal civil de la Seine a cru devoir juger contrairement à ces avis et infirmer le premier jugement. Que doivent penser les deux experts, les véritables arbitres de la cause?

Les considérants du jugement d'appel peuvent fournir matière à certains commentaires.

Est-il vraiment possible d'admettre que M[lle] R... ait subi malgré elle des opérations qu'elle n'aurait pas réclamées? et cela en deux séances, sans être endormie? Si elle avait eu réellement à se plaindre des opérations pratiquées le 23 juillet, elle ne serait point venue les faire continuer le lendemain? Mais laissons de côté nos assertions dont

chiffre monte, il va jusqu'à 50, jusqu'à 55 même. En tout temps et en toute circonstance, les dépendances du service sont devenues insuffisantes.

Le mode de traitement actuel, les procédés antiseptiques, les précautions minutieuses justement prises par certains chefs de service rendent de plus en plus difficiles le maintien et le traitement de ce nombre anormal de malades.

Le microbe, agent mystérieux, mais terriblement actif, semble-t-il, de la plupart des accidents pathologiques, est venu depuis quelques années compliquer singulièrement l'économie hospitalière...

On supprime tout ce qui peut devenir un danger. Les poussières infectieuses s'emmagasinent dans les plis des rideaux, dans les angles des meubles; on supprime les rideaux; on simplifie les meubles; cela va jusqu'à arrondir les angles de la pièce même où les redoutables ferments se pourraient maintenir.

L'intérieur d'une sphère, tel semblerait être désormais le type parfait d'une chambre de malade. Le tourbillon des atomes y roulerait sans trouver où s'accrocher, s'il ne lui restait les malades eux-mêmes.

Il faut, tout en en redoutant l'excès, louer et encourager ce système, dont les résultats sont incontestables.

Ma digression à son sujet m'a quelque peu écarté de ma route; elle m'y ramène pourtant, car elle me conduit à constater que la publicité donnée aux succès de l'antisepsie depuis quelques années n'a pas été pour peu dans cet entraînement de la population parisienne vers l'hôpital.

« Il n'est pas de duchesse qui soit traitée, chez elle, mieux que nos accouchées ici », disait un jour, à la Maternité, le professeur Tarnier, en opposant aux sinistres souvenirs de la maison de la Bourbe le tableau rassurant des nouveaux services de son hôpital-école.

Ce sont des paroles et des notions de ce genre, rapidement répandues à une époque où le journal pénètre jusqu'aux couches les plus profondes de la société, qui mènent la foule sur le chemin de l'hôpital, autrefois si redouté.

---

il est fait bon marché; celles du docteur Delbet auraient dû suffire, pour établir : 1° qu'il avait adressé la cliente au dentiste; 2° dans quel état étaient ses dents; 3° qu'elle avait besoin d'un dentier...

Le tribunal reconnaît inutiles et nuisibles les opérations faites à Mlle R... parce que le dentier n'a pas été posé. Ce n'est d'abord pas le dentiste qui a arrêté la commande. Mais ces conclusions sont surtout inadmissibles au point de vue chirurgical, et je ne sache pas que, sur ce point, les magistrats se targuent d'une compétence incontestable. En effet, Mlle R... (50 ans) n'avait plus de dents à la mâchoire supérieure; avec ses chicots mobiles, pointus, la mâchoire inférieure ne pouvait s'appliquer sur l'autre sans la léser. En pareil cas, et sans prévision d'aucune application prothétique, n'est-il pas indiqué d'arracher, de réséquer les chicots pour permettre le rapprochement des deux arcades alvéolaires? Par elles-mêmes, ces opérations, loin d'être nuisibles, ont donc été utiles à Mlle R... Elles étaient en outre nécessaires pour permettre l'application d'un dentier, et la cliente qui, de l'avis de son médecin, en avait absolument besoin, l'aura ensuite fait faire ailleurs.

Mais il n'y a qu'à s'incliner; d'eux mêmes, mieux que les experts, et contre l'avis des experts, les juges peuvent apprécier les questions de fait.

Autre point important. Pour me refuser des honoraires, le jugement se base sur « ce que l'opération pour laquelle des honoraires sont demandés, n'a pas profité » à la cliente. En admettant qu'on doive ainsi le formuler (et nous avons démontré le contraire), ce considérant est gros de conséquences.

La certitude de trouver là, sans bourse délier, des soins que, dans une famille même relativement aisée, on ne pourrait se procurer, voilà, en effet, l'un des principaux motifs de l'affluence des malades. Autrefois, aller à l'hôpital était une des pires extrémités auxquelles un homme pût se réduire.

Aujourd'hui, on y va allègrement. Cela ne dérange rien de l'économie commune. Bien au contraire, le logis mis en ordre et clos, on y vient chercher le repos du corps et l'apaisement de l'esprit. C'est, pour certains, une retraite douce au seuil de laquelle toutes les difficultés, tous les soucis matériels s'arrêtent; le temps qu'on y passe est comme une trêve dans la bataille de la vie.

Un exemple à donner dans le sens de cette observation serait la proportion considérable des femmes mariées qui viennent, quittant leur ménage, accoucher dans les établissements hospitaliers. Cette proportion, pour 1886, a été de 180, sur 626 à l'hôpital, et de 568, sur 1,507 chez les sages-femmes agréées, soit — sur le chiffre total de 2,133 — 748 femmes mariées, c'est-à-dire plus du tiers.

Voilà, de la part des petits ménages parisiens, une prédilection qui menace de coûter cher à l'administration des hôpitaux...

IV

J'entre à présent dans le vif de la question, et je me trouve en présence d'une série importante de faits constants expliquant l'encombrement des services de l'hôpital Lariboisière, pendant l'année 1886.

C'est d'abord le petit nombre des serviteurs : trois par salle de 34 lits, plus une surveillante ou religieuse. Ce nombre serait à la rigueur suffisant, si l'effectif du service ne se modifiait pas; il représente, en effet, une personne pour un maximum de 12 malades; mais cet effectif est constamment dépassé. Les salles contiennent habituellement, je l'ai dit, 44 malades au moins, trop souvent elles atteignent le chiffre de 50 à 55. Dans ces condi-

---

La jurisprudence n'a qu'à être ainsi établie et il sera impossible au médecin de se faire payer des soins quelconques.

S'il guérit, le malade pourra toujours soutenir qu'il n'a pas profité des soins reçus;

S'il meurt, on poursuivra le médecin pour assassinat! »

Sans croire, comme notre confrère et ami, que l'on en arrivera à poursuivre pour assassinat le médecin qui ne pourra sauver un malade, nous ne pouvons nous empêcher de trouver comme lui étranges les conclusions de la 7ᵉ chambre. Puisque la justice veut bien quelquefois s'éclairer des lumières des médecins experts, il nous semble que, dans le cas particulier, le tribunal d'appel aurait dû, comme le juge de paix, suivre l'avis des experts consultés, et on ne comprend vraiment pas pourquoi il en a été autrement.

Il paraît même que les conséquences de ce procès ont été plus graves qu'une perte d'argent. « Les journaux politiques, dit M. David, s'en sont emparés en le dénaturant et ont ainsi prêté appui, à leur insu, à des tentatives de chantage que l'on est venu me menacer de continuer sans le paiement immédiat de 20,000 francs! » Il paraît que la mode est au chantage, témoin l'affaire Pranzini. Mon Dieu, quand donc n'y aura-t-il plus sur cette terre que d'honnêtes gens?

*
* *

Ces jours derniers, en me promenant sur les quais, je me suis surpris à bouquiner; car, que faire en vacances, à moins qu'on ne bouquine sur les quais? J'ai trouvé dans

tions, il faut recourir à un personnel supplémentaire qui, lorsqu'il y a un certain nombre de grands malades, ne peut être porté à un chiffre suffisant pour que le service soit régulièrement assuré. Il arrive alors que sont maintenus dans les salles bien des convalescents dont l'*exeat* pourrait être prononcé. Ils y deviennent les auxiliaires irréguliers du personnel réglementaire.

C'est là un abus contre lequel l'administration a toujours réagi et qu'elle n'a pu parvenir à déraciner, soit qu'elle ait eu affaire à des convalescents ou à des privilégiés, gens vivant, comme autrefois, aux dépens de la population hospitalière.

Le registre des délibérations de l'ancien bureau de l'Hôtel-Dieu enregistre bien souvent, à ce propos, les doléances de l'administration locale...

A notre époque, les chefs de service pris à partie sur leur facilité à tolérer le maintien dans les salles d'individus auxquels ils n'ont plus de soins effectifs à donner, se défendent en alléguant qu'ils doivent avant tout se soucier d'assurer pour le mieux le traitement de leurs grands malades; que, le personnel attribué à leur service étant insuffisant, ils doivent, coûte que coûte, suppléer à cette insuffisance par l'emploi de quelques convalescents. Autrefois, expliquent-ils, alors que les asiles nationaux de convalescence n'existaient pas, les salles de l'hôpital Lariboisière, composées de 34 lits, étaient généralement occupées par 24 malades et par 10 convalescents, lesquels, en attendant le jour de leur sortie, s'employaient au service courant de la salle. Les trois serviteurs réglementaires devaient alors amplement suffire aux exigences du service. Je n'appuierai pas là-dessus. Je me bornerai à insister sur ce détail du maintien arbitraire dans les salles de certains convalescents ou faux malades y pouvant rendre divers services. Ce parasitisme peut avoir son explication ou son excuse; il n'en est pas moins très fâcheux au point de vue du bon emploi des ressources municipales; il serait désirable qu'il cessât afin d'assurer à un plus grand nombre d'individus l'assistance hospitalière, nécessairement bornée par cette immobilisation de certains lits.

---

un livre intitulé : *Mes souvenirs*, par Escudier, le récit d'une aventure burlesque arrivée au grand violoniste Paganini à propos d'un dentier.

« Paganini, raconte l'auteur, avait perdu de bonne heure toutes ses dents. Il avait beaucoup de peine à manger, ce qui le contrariait vivement, surtout quand on lui servait à déjeuner une côtelette ou un beefsteak. Ses amis l'engagèrent à s'adresser à M. D..., qui lui ferait un râtelier plus beau que nature. L'artiste suivit cet excellent conseil, mais il négligea de s'informer du prix. En revanche, il fut si content de son râtelier, qu'il en commanda un second. Plus tard, M. D... envoya sa facture, qui s'élevait, croyons-nous, à mille francs. Il lui avait demandé le prix d'artiste; pour un duc, un agent de change, il eût pu mettre, haut la main, mille francs pour chaque râtelier. Et, hâtons-nous de le reconnaître, le travail était superbe.

« Non, tant que nous vivrons, nous n'oublierons jamais la scène qui eut lieu en notre présence le jour que le commis de M. D... se présenta à Paganini, la facture à la main. . . . .

« Paganini sortait du bain; enveloppé dans un drap, il finissait de s'essuyer. Il prend la facture des mains du malencontreux commis, lit le chiffre, écarquille les yeux, chiffonne d'un mouvement nerveux le papier et le jette par terre. Puis il se livre à un concert de jurons, d'invectives, de cris de rage, de sons inarticulés. Le mot voleur brochait sur le tout; c'était le thème initial de sa fantaisie avec des b... à la clef, et qui n'étaient ni des bémols ni des bécarres. Le pauvre commis, ahuri d'abord, bientôt blessé au vif par les apostrophes plus qu'outrageantes du violoniste, s'avise de protester. Paganini,

Et l'immobilisation d'un lit est chose plus grave qu'on ne peut se l'imaginer à premier examen. Si, pour certains, elle n'a point, sous le rapport économique, de conséquences sérieuses, elle en a de déplorables aux yeux des hospitaliers. Elle peut, en effet, condamner toute une série de malades à demeurer à la porte de l'hôpital; elle entrave, elle paralyse l'assistance. Ce lit, occupé pendant des mois par le même individu, aurait, durant la même période, permis d'assister dix, quinze, vingt malheureux, et cela à frais égaux.

Il est des cas d'immobilisation qui se perpétuent pendant des années.

Les médecins et chirurgiens ont une autre raison que celle que j'ai dite à donner de leur complaisance à souffrir la présence de ces parasites, ou, si l'on veut, de ces auxiliaires. Ils ne peuvent voir, à leur visite quotidienne, qu'un nombre déterminé de malades, ou, pour mieux dire, ils ne peuvent en voir attentivement qu'un certain nombre. Il en résulte que, redoutant de s'encombrer de cas graves qu'ils n'auraient point le temps de soigner convenablement, ils sont amenés à maintenir dans leur salle bien des cas insignifiants dont, à l'occasion, comme on l'a vu, ils utilisent les forces au service des autres malades. Dans une salle encombrée de 45 à 50 lits, les chefs de service pourraient très facilement, parfois, signer l'*exeat* de six à huit sujets, s'ils ne craignaient de voir ces occupants remplacés immédiatement par des malades vraiment sérieux, dont ils n'auraient plus alors ni le temps ni le moyen d'assurer convenablement le traitement, bien que consacrant, pour la plupart, à leurs devoirs hospitaliers une séance quotidienne de deux, de trois et même de quatre heures... (*A suivre.*)

Observation de règles hâtives (hémorrhagie vulvaire) chez un enfant de cinq jours.

Par le docteur ROULIN.

Le 26 juillet 1887, j'accouche Mme C..., demeurant, 8, rue Rougemont. Cette dame a

---

déjà colère, devient furieux; il lui saute à la gorge, qu'il serre entre ses doigts osseux. L'artiste est blême, le commis passe du rouge au violet. Dans la bagarre, le drap qui enveloppe le corps maigre et efflanqué de Paganini tombe par terre. On eût dit un squelette quittant son linceul. Nous accourons pour lui arracher des mains le malheureux commis, qui croit avoir affaire à un fou échappé de Bicêtre; mais Paganini résiste, il crie toujours, il se grise de sa propre colère, si bien qu'à force de vociférer, de crier, de grimacer, il reste comme pétrifié. Un flot de sang s'échappe de la bouche béante, et qui ne peut plus se fermer. Le commis profite de ce moment de trève pour se sauver à toutes jambes. Paganini veut parler, et ne le peut pas. Il nous montre sa bouche; nous croyons à une attaque d'apoplexie. On l'aurait cru à moins. Heureusement, il n'en était rien. Le râtelier s'était détraqué, le ressort cassé; il venait de se retourner dans la bouche de Paganini! Et, quelques efforts qu'il fît, il ne réussissait pas à s'en rendre maître.

« Qu'on se figure cette scène. Paganini, nu comme un ver, la bouche ensanglantée, traînant son drap à ses pieds comme un suaire, se démenant, agitant les bras comme ceux d'un télégraphe, et essayant de nous faire comprendre ce que nous ne pouvions certes pas deviner. Ce ne fut qu'après bien des efforts que nous réussissons enfin à lui enlever le terrible râtelier, devenu, par sa faute, une espèce de poire d'angoisse, et à mettre au lit Paganini.

« Le lendemain, l'artiste fit assigner M. D... Inutile d'ajouter qu'il fut condamné à payer et les mille francs et les frais, ce qu'il fit de la meilleure grâce du monde et en

un accouchement naturel et rapide, comme il arrive d'ordinaire chez une multipare. C'est, en effet, le troisième accouchement de Mme C...

La première fois, elle donna le jour à une grosse et belle fille qui vécut jusqu'à 4 ans sans avoir jamais rien présenté d'anormal ni du côté des organes génitaux ni d'un autre; la deuxième fois, à un beau garçon qui a maintenant 2 ans, et se porte bien, mais qui nous intéresse moins dans la circonstance.

Enfin, cette dernière fois, naquit une grosse et belle fille pesant environ 7 à 8 livres au moment de la naissance. Rien à noter jusqu'au 31 juillet; toutes les fonctions se font régulièrement et normalement.

Le soir du 31 juillet seulement, en démaillotant l'enfant, la garde s'aperçoit que la couche est marquée de petites taches de sang. Presque effrayée, elle me vient chercher. A mon arrivée, j'examine l'enfant et je constate à l'intérieur des lèvres et à l'entrée du vagin des traces de sang qui ne me laissaient pas de doute sur leur origine. C'est certainement une hémorrhagie vulvaire. Avec cela, toutes les fonctions se font bien, l'enfant dort et tète comme d'habitude. La température est normale.

Le lendemain, 1er août, l'écoulement sanguin a continué en très petite quantité; l'état de la petite malade est toujours aussi satisfaisant que possible.

Le 2 août, je me disposais à recueillir du sang pour examen microscopique, mais la chose m'a été impossible, l'écoulement ayant complètement cessé. En revanche, mon attention est attirée du côté des seins. Le gauche est rouge, sensible, gonflé; il a tous les signes d'un commencement d'abcès; le droit est bien aussi gonflé, mais a sa coloration normale. Tous les deux donnent du lait. La température de l'enfant est toujours normale et son état satisfaisant.

Je prescris un cataplasme.

Le 3 août, la rougeur des seins a disparu. Le reste comme la veille.

Le 4, tout est rentré dans l'ordre.

L'enfant, pesée pendant l'écoulement sanguin le 2 août, avait le poids de 3,650 gr. Pesée de nouveau trois jours après, quand l'écoulement sanguin avait cessé, elle pesait 3,740 gr., soit une augmentation de 30 gr. par jour; la perte sanguine n'avait donc pas nui à la santé de l'enfant.

Bien que je n'aie rien de plus à dire de ce cas que mes devanciers, j'ai cru utile de le faire connaître à cause de sa rareté.

P. S. — Aujourd'hui, 9 août, le cordon ombilical n'est pas encore tombé.

---

priant M. D... d'accepter ses excuses. Nous croyons même qu'il fit un assez joli cadeau au commis, pour qu'il pardonnât ce qu'il appelait un moment de vivacité. »

*
* *

Tout cela est certes moins triste que les nouvelles du choléra apportées par les journaux d'Italie. Fonctionnaires publics quittant leur poste dans les pays atteints; panique s'emparant des habitants, qui, perdant la tête et fanatisés par la croyance que c'est la force publique qui propage le choléra, a tiré plusieurs coups de fusil contre les patrouilles des carabiniers et les gardes de la sûreté publique à cheval.

A Naples, on prescrit bien les mesures nécessaires d'arrosage, de balayage, etc., mais de la théorie à la pratique, il y a loin; « les rues restent encombrées d'immondices, dit le *Bulletin médical,* les fêtes religieuses, si fréquentes en cette saison, et qui pour la populace ne sont que des occasions d'orgie, continuent à se célébrer sur la voie publique, en dépit de l'interdiction préfectorale, et dans ces conditions, étant donnée la longue période de chaleurs que nous avons devant nous, on peut toujours craindre quelque surprise. »

SIMPLISSIME.

REVUE DES JOURNAUX

Revue de médecine. — Juillet 1887.

Etude expérimentale de la transmission de la tuberculose par l'air expiré et par l'atmosphère, par MM. Cadéac et Malet. — L'air expiré par des phthisiques est-il virulent? — Pour répondre à cette question, au sujet de laquelle des doutes planent encore, les auteurs ont : 1° fait inhaler à des animaux sains ou malades l'air expiré par des phthisiques affectés de lésions pulmonaires graves; 2° soumis des lapins ou des cobayes à des inhalations permanentes d'air respiré par des animaux affectés de tuberculose mortelle; 3° examiné au microscope et inoculé ensuite l'eau obtenue en condensant les vapeurs de l'a r expiré.

Dans une première série d'expériences, des animaux sains (lapins) exempts de toute inflammation des voies respiratoires, et soumis pendant plusieurs heures chaque jour à des inhalations d'air expiré par des phthisiques, n'ont jamais contracté la tuberculose.

Ceux chez lesquels on avait préalablement déterminé l'inflammation catarrhale des bronches par les vapeurs de brome n'ont pas été infectés davantage.

Sur 12 lapins ou cobayes ayant séjourné constamment pendant deux ou trois mois dans la même atmosphère que 19 tuberculeux, mais sans avoir de contact avec eux, aucun n'a contracté la tuberculose. En revanche, 2 lapins, sur 3, qui ont cohabité d'une manière complète avec les animaux tuberculeux, sont devenus tuberculeux; mais alors la communauté d'aliments existait en même temps que la communauté de l'air.

La méthode qui consiste à condenser la vapeur d'eau contenue dans l'air expiré par les phthisiques, à examiner microscopiquement cette eau et à l'inoculer à des lapins avait, dans une première série de dix expériences, donné deux fois des résultats positifs; mais ces deux cas sont attribuables à des erreurs expérimentales, car, dans une seconde série d'expériences plus rigoureusement conduites, le produit de 13 condensations pratiquées chez 13 phthisiques différents, inoculé à 26 animaux, a constamment donné un résultat négatif, ainsi que l'examen microscopique.

Mais l'atmosphère dans laquelle séjournent des phthisiques peut devenir infectieuse par la dessiccation des humeurs virulentes, crachats, salive, urine, réduites en poussières impalpables qui sont susceptibles d'être mobilisées par l'air. Dans quelle proportion et avec quelle fréquence? C'est ce qu'on n'a pu fixer jusqu'ici. Whede et Bollinger, en inoculant à des cobayes de la glycérine étalée sur des plaques et laissée à l'air libre dans des chambres de phthisiques; Nicolas, en se servant de la vapeur condensée de l'air des salles d'inhalation du Mont-Dore, n'ont obtenu que des résultats négatifs. — Chantemesse, en revanche, avec des fragments d'acate ayant servi à filtrer plus de cent litres d'air dans les mêmes salles du Mont-Dore, a obtenu, par inoculation, une tuberculose zooglæique.

Cadéac et Malet ont institué des expériences pour trancher la question. Après avoir condensé à diverses reprises la vapeur d'eau de l'atmosphère dans des salles de phthisiques, avoir examiné au microscop- et inoculé l'eau de condensation à des cobayes ou lapins, ils ont obtenu, deux fois sur douze, des résultats positifs.

Ils concluent donc au danger qui résulte de la cohabitation des sujets sains, et particulièrement de tous ceux qui sont chétifs ou malades, avec des phthisiques. Car, si dans l'air de salles bien tenues on peut trouver des bacilles tuberculeux ou leurs spores, la proportion de ces germes doit être bien plus élevée dans certaines maisons où règne la promiscuité la plus complète. Les bacilles flottants dans l'atmosphère ne peuvent pas seulement pénétrer dans les voies respiratoires de sujets aptes à les faire fructifier, mais ils peuvent encore souiller les aliments, l'eau et tous les objets, les linges, etc., qui, dans les classes pauvres, sont communs à toute la famille. — P. L. G.

De la blépharoptose cérébrale, par G. Lemoine. — Grasset et Landouzy ont publié, en 1876 et 1877, des faits qui prouvent l'existence d'une blépharoptose produite par une lésion de l'écorce cérébrale. Ces auteurs ont même conclu que le centre cortical des mouvements de la paupière supérieure doit se trouver vers les parties postérieures du

lobe pariétal, dans la région du pli courbe. MM. Charcot et Pitres n'ont pas accepté sans réserve cette localisation, en faisant remarquer que, si la blépharoptose s'observe quelquefois à la suite des lésions du pli courbe, on l'a observée aussi consécutivement à la lésion de toute autre partie du cerveau.

M. Lemoine publie une observation qui vient à l'appui de la théorie de Landouzy; chez un homme affecté d'un rétrécissement mitral et atteint depuis quatre ans de blépharoptose droite à la suite d'une attaque apoplectiforme, on trouva à l'autopsie un ramollissement ancien du lobule du pli courbe gauche. En passant au crible toutes les observations antérieures, on n'en trouve que quatre appartenant à Grasset, Landouzy, Chauffard, Wannebroucq; — cinq, en comptant celle de Lemoine, — qui soient des faits indéniables en faveur de la localisation admise par Grasset et Landouzy. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES (1).

M. le professeur CHAUVEAU a terminé la lecture de l'importante étude faite avec la collaboration de M. Kaufmann. Cette étude à pour titre : « Nouveaux documents sur les relations qui existent entre le travail chimique et le travail mécanique du tissu musculaire. — Du coefficient de la quantité de travail mécanique produit par les muscles qui fonctionnent utilement dans les conditions physiologiques de l'état normal. » Il peut se résumer ainsi :

« 1° Il est possible de mesurer avec une approximation suffisante, sur le releveur de la lèvre du cheval, le travail mécanique accompli normalement par le tissu musculaire *en état de fonctionnement physiologique régulier*, aussi bien que l'équivalence calorique de ce travail.

« 2° Suivant les conditions des sujets et de l'exercice des fonctions auxquelles participe le muscle, la valeur du travail est sujette à varier considérablement. Mais, à égalité de conditions, cette valeur est la même chez les divers sujets.

« 3° Dans les cas ordinaires, où la préhension des aliments et la mastication s'exécutent suivant la régularité et l'activité habituelles, la valeur du travail peut être évaluée, *par gramme de muscle et par minute de travail*, à environ 13-15 grammètres, équivalant à 31-35 millionièmes de calorie.

« 4° Mesurée directement au moyen de la méthode autocalorimétrique, la quantité de chaleur absorbée par le travail serait de 34-41 millionièmes de calorie, chiffres un peu supérieurs aux précédents, mais néanmoins assez concordants avec eux pour que les différences puissent être attribuées aux erreurs inhérentes à des déterminations expérimentales d'une si grande délicatesse. »

MM. GRÉBAUT et MISLAWSKI ont recherché si l'excitation du foie par l'électricité augmente la quantité d'urée contenue dans le sang, ainsi que M. Stolnikow l'avait affirmé dans un travail publié en 1879. Ils terminent la note qu'ils adressent à ce sujet par les conclusions suivantes :

« 1° Les variations en quantité du chiffre de l'urée ont été observées seulement dans le sang artériel.

« 2° Le sang des veines sus-hépatiques ne présente aucun changement en poids de l'urée après l'excitation électrique du foie.

« Nous avons recueilli, à l'aide de fistules, les volumes de bile et d'urée sécrétées avant, pendant et après l'excitation : ces volumes ne changent pas ou changent très peu. Ainsi, pour la bile, nous avons recueilli de quart d'heure en quart d'heure : 0 c. c. 95, 1 c. c. 25, 1 c. c., 0 c. c. 9, 0 c. c. 9. Le chiffre 1 c. c. 25 a été obtenu pendant un quart d'heure d'excitation du foie. L'excitation du foie par l'électricité ne paraît

(1) Dans notre dernier *Bulletin*, page 263, ligne 3, nous avons inséré, par une erreur de mise en pages, une nouvelle de l'étranger signée Ch. S.

avoir aucune influence sur la production de l'urée dans cet organe, et les variations dans le chiffre de l'urée excrétée en vingt-quatre heures, qui ont été indiquées par M. Stolnikow, tiennent à une autre cause qu'il s'agit de rechercher. »

M. Ranvier présente une note de MM. Spillmann et Haushalter *sur la dissémination du bacille de la tuberculose par les mouches.*

« Quand on pénètre, en été, dans une salle d'hôpital, on est frappé de la persistance avec laquelle les mouches communes affluent autour des lits des tuberculeux, et surtout des crachoirs au fond desquels elles viennent pomper les produits de l'expectoration.

« Nous avons recueilli, ces jours derniers, plusieurs mouches qui s'étaient repues pendant un certain temps dans le crachoir d'un tuberculeux; nous les avons placées vivantes sous une cloche en verre; le lendemain, plusieurs d'entre elles avaient péri. On apercevait, sur les parois internes de la cloche, sous forme de taches grises arrondies, les traces de leurs excréments.

« Après avoir étalé sur des lamelles de verre le contenu de l'abdomen de plusieurs mouches qui étaient mortes, nous y avons recherché le bacille de la tuberculose, à l'aide du double procédé de coloration de Frænkel. Nous avons pu constater ainsi la présence d'une grande quantité de bacilles de la tuberculose.

« Les excréments déposés sous forme de taches sur la face interne de la cloche, recueillis par grattage, délayés dans un peu d'eau distillée et colorés, renfermaient également de nombreux bacilles de la tuberculose, isolés ou réunis en amas.

« Enfin, dans des excréments de mouches, raclés sur les fenêtres ou sur les murs d'une salle d'hôpital, nous avons retrouvé très nettement le bacille de Koch.

« En somme, la cavité abdominale de mouches qui ont absorbé des crachats tuberculeux contient des bacilles tuberculeux. Après leur vie, fort courte du reste, ces insectes se dessèchent et tombent en poussière; les bacilles qu'ils contenaient sont mis en liberté, et comme les mouches vont mourir sur les plafonds, sur les tentures, sur les tapisseries, elles peuvent aller semer partout les germes de la tuberculose. Ces germes, elles peuvent les disséminer encore par leurs excréments, dont elles vont imprégner bien des substances alimentaires dont elles sont si friandes.

« Il est peu probable que le séjour des bacilles dans le corps desséché d'une mouche, ou dans ses excréments, puisse altérer ou abolir leur vitalité, alors que tous les expérimentateurs ont montré combien ils résistent à la dessiccation, à la putréfaction et même à l'absence d'oxygène. Des inoculations nous édifieront, du reste, à ce sujet. Aussi pensons-nous que des mouches qui ont vécu dans une salle d'hôpital, ou dans une chambre où des crachats de tuberculeux sont exposés à l'air libre, peuvent devenir des agents de transmission et de dissémination du bacille de la tuberculose.

« Pour éviter cette dissémination, soit sur place, soit dans des endroits plus ou moins éloignés des malades, il y a lieu de recueillir les crachats dans des vases en verre ou en porcelaine, munis d'un couvercle, et de les stériliser ensuite au contact de l'eau bouillante ou d'une solution d'acide phénique à 5 p. 100. »

FORMULAIRE

Traitement de la pelade a plaque unique. — E. Besnier.

S'il n'existe qu'une plaque de pelade, on peut tenter de conserver la chevelure, et le traitement se borne à raser la plaque, en intéressant, dans la tonsure, une zone de cheveux présumés sains de 1 centimètre de largeur, et à appliquer un révulsif plus ou moins énergique : frictions avec la teinture de cantharides pure ou associée à un alcoolat aromatique, liniments ammoniacaux ou chloroformés. L'emplâtre de thapsia, l'huile de croton sous forme de crayon mitigé, le vésicatoire produisent une irritation plus vive parfois nécessaire ; mais on doit se garder de provoquer des éruptions pustuleuses, qui doneraient lieu à une alopécie tachetée définitive. — Deux à six mois suffisent souvent à la guérison de la pelade à plaque unique. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

CHOLÉRA. — *Indes.* — Le choléra épidémique a été signalé depuis le mois de juin dans quelques arrondissements de la présidence de Bombay; l'épidémie a pris un accroissement rapide et, pendant la semaine du 29 juin au 5 juillet, 2,886 cas, dont 1,218 décès, ont été enregistrés dans dix arrondissements.

Tonkin. — Nous savons qu'au Tonkin, pendant les mois de mai et juin, sur 2,700 hommes du corps d'occupation, il y eut 214 décès cholériques, dont 157 relatifs à des Européens.

Chili. — Le choléra a fait 10,200 victimes au Chili pendant le premier semestre de cette année. Le gouvernement a dépensé quinze millions pour combattre le fléau. Aussi les gouvernements du Brésil et de plusieurs Républiques de l'Amérique du sud ont-ils l'intention de réunir à Lima un Congrès d'hygiène afin de mettre en commun leurs efforts pour prévenir l'invasion de l'épidémie.

DIPHTHÉRIE ET CROUP. — Morbidité et mortalité pendant la première semaine d'août : Berlin, 60 cas, 20 décès ; Hambourg, 47 cas, 13 décès ; Copenhague, 26 cas ; Christiania, 35 cas ; Paris, 20 décès ; Londres, 25.

Pendant le mois de juillet les chiffres de la mortalité pour cette même maladie se sont élevés à : Berlin, 90 ; Breslau, 36 ; Hambourg, 52 ; Moscou, 58 ; Boston, 29 ; Brooklyn, 109 ; Chicago, 103 ; Cincinnati, 21 ; Montréal, 32 ; New-York, 323 ; Saint-Louis, 52 ; San Francisco, 24 décès. — Ch. S.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Andrew Fergus est mort à Glasgow le 20 juillet dernier, à l'âge de 65 ans ; après avoir conquis une place exceptionnellement élevée parmi ses confrères, qui, à trois reprises, l'ont élu président de la *Faculty of physicians and surgeons*, et lui ont conféré la même position à la *Philosophical society*. Ses nombreux travaux ont eu surtout pour objet les études des maladies épidémiques et de l'hygiène générale. Il a été un des bienfaiteurs de l'humanité (Voir le *British medical Journal*, 13 août 1887).

R.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés pour deux ans :

Chefs de clinique médicale. — MM. les docteurs Martinet et Durand-Fardel, en remplacement de MM. Siredey et Capitan, dont le temps d'exercice est expiré. — Chefs adjoints : MM. les docteurs Caron de la Carrière et Pignol.

Chef de clinique chirurgicale. — M. le docteur Beurnier, en remplacement de M. Ménard, dont le temps d'exercice est expiré. — Chef adjoint : M. le docteur Michaux.

Chef de clinique des maladies du système nerveux. — M. le docteur Gilles de la Tourrette, en remplacement de M. Babinski, dont le temps d'exercice est expiré. — Chef adjoint : M. le docteur Berbez.

Sont nommés :

Aides d'anatomie (pour une période de quatre années). — MM. Jonesco, Chevalier, Rieffel, Leguen, Regnauld et Rollin, en remplacement de MM. Hallé, Valin, Clado et Mérigot de Treigny, démissionnaires, et de MM. Hartmann et Lejars, appelés à d'autres fonctions.

Aides d'anatomie provisoire (pour une année) : MM. Valat, Deboul et Rumoret.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Un grand hôpital parisien en 1886

Par Louis Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière (1).

V

On a vu quelle place importante les tuberculeux ou phthisiques occupent à l'hôpital.

Régulièrement et conformément aux instructions administratives sur les admissions d'urgence, on ne devrait y recevoir les malades de cette catégorie que lorsqu'ils sont arrivés au dernier degré d'épuisement, lorsque, sans asile convenable, sans ressources régulières, ils y viennent réclamer l'humble lit de repos et de mort que l'humanité leur doit.

Mais, dans la pratique, encore bien que le médecin doive avant tout se soucier des cas qu'il peut soulager et surtout guérir, sa pitié s'émeut en présence de ces êtres qui se traînent aux consultations, hâves, anéantis, mourants. « Phthisique! » On reçoit le malade, on le dérobe à la misère, à l'isolement; le séjour dans une salle le remet un peu; il se reprend à la vie, en apparence du moins; il pourrait sortir; il croit lui-même à son rétablissement prochain. Le praticien, lui, n'est point dupe de ces faux retours; il sait bien que, s'il rejette sur le pavé ce pseudo-convalescent, à bref délai le mal le reprendra, le terrassera, le tuera. Alors, il le garde pour l'amour du bien, aggravant, de propos délibéré, mais dans un but absolument louable, l'encombrement de son service...

En faveur de l'isolement des tuberculeux, rien ne parle d'ailleurs plus éloquemment que la statistique. Leur mortalité à l'hôpital est terrible : 51 p. 100, 1 sur 2, au bas mot...

Le jour où les ressources de l'administration lui permettront d'établir, dans un milieu bien salubre, un hôpital-hospice réservé aux affections chroniques des voies respiratoires, elle aura réalisé un des progrès les plus hauts auxquels puisse tendre la science nosocomiale...

Pour répondre à tant d'exigences, dont je parle ici de la façon la plus sommaire, l'hôpital Lariboisière n'avait, en 1886, plus rien à demander à ses services. Depuis longtemps, toutes les localités utilisables en vue du traitement des malades y ont été appropriées. Il n'y reste plus un coin disponible. Sa population courante de 800 malades y est à l'étroit; mais, du moins, elle y demeure dans des conditions maintenues convenables par les soins apportés aux précautions hygiéniques.

De fréquents lavages antiseptiques y sont pratiqués dans les galeries; les rideaux sont supprimés dans presque toutes les salles, des pulvérisations aromatiques purifient l'atmosphère; une étuve y est constamment en activité pour la désinfection des effets suspects et des literies; ces précautions, dont je ne cite que les principales, sont poussées jusqu'à la plus extrême minutie dans certains services, notamment dans la salle d'accou-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

chement, où le frottage des parquets a été remplacé par le lavage quotidien.

Ce procédé ôte à la salle un peu de son aspect confortable, il en rend la physionomie assez froide. Je lui préférerais un système qui aurait les mêmes avantages, sans présenter les mêmes inconvénients : celui des parquets rejointoyés à la paraffine ou au mastic, puis peints à l'huile et vernis. Ils forment une surface absolument lisse et homogène, que l'on peut laver couramment à grande eau, sans cet inconvénient du lavage sur le bois nu, qui désagrège les fibres et finalement favorise assez perfidement l'emmagasinement des poussières. L'essai que j'ai fait, depuis 1884 et complété en 1886, sur une certaine surface, des parquets paraffinés, peints et vernis, me paraît donner les meilleurs résultats pratiques.

VI

Ce que je viens de dire des causes de l'encombrement des salles de l'hôpital Lariboisière, encombrement qui n'a point cessé au moment où je rédige ces observations, s'applique surtout aux causes internes... Il est des causes extérieures dont je dois maintenant parler : la première tient à ce sentiment que j'ai noté dès le début de ce travail et qui, consacrant la légende parisienne des premières années de l'hôpital Lariboisière, amène à cet hôpital des gens qui auraient pu facilement, et plus opportunément, frapper à la porte de divers autres établissements situés dans la zone où ils résident...

N'est-il pas curieux de constater, par exemple, que les malades de la rive gauche, partie de Paris où les hôpitaux se trouvent agglomérés dans un espace relativement restreint et où l'on compte des établissements tels que la Pitié, Necker, Cochin et la Charité, passent l'eau, traversent, sans s'y arrêter, le Parvis, où est l'Hôtel-Dieu, et viennent jusqu'aux limites de l'ancienne enceinte solliciter les soins des praticiens de Lariboisière?

Même tendance de la part des malades suburbains : 1,162 sur ces 10,629 représentent les communes de la banlieue dans les services de Lariboisière. Pour ne citer qu'un fait, quelle raison spéciale y amène, par exemple, les malades de Boulogne?

Pour les étrangers résidant depuis plus ou moins longtemps à Paris et figurant, par conséquent, dans les chiffres précédents, ils sont dans le relevé des adultes traités, en 1886, à l'hôpital Lariboisière, au nombre de 1,241...

Les départements lui envoient aussi un contingent assez considérable, mais beaucoup moins appréciable, étant donnée la difficulté de vérifier, parmi cette multitude, les individus qui ont réellement acquis le droit de cité et à qui Paris ne saurait marchander son assistance.

Il est incontestable toutefois qu'ils sont très nombreux, non seulement ceux-là qui, tombant malades après un séjour plus ou moins long dans la grande ville, viennent se faire traiter à l'hôpital, mais encore et indépendamment des voyageurs et passants, les provinciaux arrivés spécialement pour rechercher les soins de quelqu'une de nos illustrations médicales.

Paris est la grande ressource, le suprême refuge des déshérités et des souffrants. Il y abondent comme à une source salutaire; ils s'y abreuvent sans scrupule, encouragés d'ailleurs par l'hospitalité largement offerte, autant que par la discrétion de l'accueil.

Que de pauvres filles viennent de la province à Paris cacher le fruit

d'une faute! Quelle statistique on ferait en relevant à la Maternité seulement, et même à Lariboisière, le nombre des accouchées n'ayant que huit jours de domicile à Paris, si la connivence d'une parente, d'une amie, ne rendait impossible cette statistique dont les éléments sont si facilement et si fréquemment altérés par la création d'un domicile fictif!

Que de débarqués de la veille on rencontrerait parmi les malades qui se présentent à la consultation et se réclament de leur qualité de Parisiens, pour implorer leur admission à l'hôpital, si l'enquête administrative ne devait hésiter devant certains procédés de constatation!

L'administration hospitalière est discrète et courtoise. Elle remplit son rôle charitable, sans défiance, se contentant, au seuil de l'hôpital, du nom, de l'état civil, de l'origine et de la demeure qui lui sont déclarés. Rien de plus facile que d'abuser de sa bonne foi sur ces divers points. Quand la vérité lui est connue, quand elle établit qu'un malade soi-disant domicilié à Paris arrive en réalité de son département, que peut-elle faire, sinon lui réclamer ses frais de séjour ou le congédier? Réclamer! c'est bien simple. — Payer, l'est beaucoup moins. — Congédier? on le voudrait. — Mais neuf fois sur dix, l'état du sujet est grave. On le garde. Il entre dans la grande circulation des assistés; il ajoute un élément de plus à ces milliers d'éléments qui contribuent à diminuer, à ronger d'année en année l'antique patrimoine des pauvres, comme à grever le budget municipal d'une subvention de plus en plus lourde.

Et, dans ce grand mouvement de la province sur Paris, ce n'est pas toujours spontanément que les pauvres gens viennent se pendre à cette abondante mamelle, si largement nourricière; ce sont encore les communes départementales qui, comptant sur la libéralité de la grande commune parisienne, lui expédient officiellement leurs malades indigents sous le plus simple prétexte...

VII

L'esprit public en France, et particulièrement à Paris, regarde l'entretien de l'hôpital gratuit comme une dette de la cité.

Mais quand cette dette s'alourdit outre mesure, quand le sentiment de la population la pousse à considérer l'hôpital comme un refuge dû non seulement aux indigents, mais à ceux que leur convenance y amène plus encore que leur besoin; quand les éléments étrangers s'introduisent en trop grande proportion dans la famille communale, la cité ne saurait échapper à l'obligation de rechercher à quels moyens économiques elle est en droit de recourir pour sauvegarder l'équilibre de ses finances, sans cesser de faire ce qu'elle doit à l'esprit de ses institutions.

Car si une heure vient où le budget épuisé ne permet plus à un hôpital d'assurer normalement son service d'assistance, que fera l'administration? Fermera-t-elle ses portes? Ira-t-elle, au contraire, dans la voie des dépenses jusqu'à voir la fin de ses ressources?

La logique voudrait que l'assistance s'arrêtât quand le capital est menacé. L'humanité réclame, et les portes de l'hôpital restent ouvertes, et les gérants du patrimoine des pauvres attendent, non sans raison, des subsides qui ne sauraient leur faire défaut.

Mais il est, pour diminuer l'importance de ces subsides, quelques moyens dont l'administration, je le répète, aurait avantage peut-être à essayer l'emploi.

VIII

Ces moyens sont de deux espèces : ceux qu'elle peut tirer de ses propres ressources matérielles; ceux qu'elle peut solliciter de l'équité des législateurs.

Deux catégories d'administrés doivent la préoccuper tout d'abord : les chroniques et les infirmes.

Dans cette question de l'encombrement des services hospitaliers, étudiée spécialement à l'hôpital Lariboisière, ils jouent, nous l'avons vu, un rôle considérable.

Abstraction faite de ces deux catégories, l'hôpital revivrait de son existence normale. Que faudrait-il faire pour cela? Les praticiens répondent en demandant la construction d'hôpitaux-hospices, voire de simples baraquements qui, répartis sur le trajet de la ceinture des fortifications de la ville, offriraient, suivant chaque rayon de ce vaste centre, un asile constant aux malades atteints d'affections chroniques pour lesquels le séjour à l'hôpital serait reconnu inutile.

L'administration accueillerait sans doute, avec faveur, une création de ce genre, si elle pouvait puiser sans compter dans les caisses de la Ville. Mais la question d'argent tout naturellement l'arrêterait.

Elle aurait donc à chercher ailleurs une solution pratique. Cette solution, peut-être la trouverait-elle dans l'affectation de certaines localités banales de ses grands hospices au séjour temporaire des chroniques et des infirmes. On y garderait les uns et les autres pendant un temps indéterminé, pendant un très long temps peut-être, mais du moins on les y garderait dans des conditions meilleures pour eux que celles de l'hôpital, avantageuses aussi pour l'hôpital, dont leur départ régulier allégerait singulièrement le service.

Dans les grands hospices, les dortoirs sont généralement vastes, bien aérés; il y a des réfectoires, peut-être des ateliers, dont l'affectation à un service temporaire serait relativement simple. Il serait fâcheux sans doute de rétrécir la place consacrée aux réfectoires, de changer l'heure des repas d'un certain nombre d'administrés, afin de les servir en deux ou trois séries; plus fâcheux encore d'en arriver à distribuer directement les vivres dans quelques dortoirs, mais s'il en résultait une réelle gêne, quel avantage n'en recueillerait-on pas au point de vue purement économique?

Suivant les comptes financiers de 1884, une journée d'administré coûte 3 fr. 47 dans les hôpitaux; elle ne coûte que 1 fr. 94 dans les hospices. C'est une économie de 153 francs à réaliser par jour et par 100 chroniques ou infirmes, transférés de l'hôpital à l'hospice. Et, comme il n'est pas de petites économies, dit la sagesse courante, il s'ensuit que cette épargne obtenue méthodiquement ferait s'aligner au bout de l'année quelques chiffres intéressants au chapitre des profits du budget hospitalier.

A ce premier moyen, la translation temporaire, à ce premier expédient si l'on veut, car quelques-uns pourront trouver qu'il ne s'agit ici que d'un expédient, peut s'en ajouter un autre, plus radical, plus onéreux peut-être, mais plus avantageux encore assurément que le maintien indéfini des chroniques et des infirmes à l'hôpital. Il consisterait à diriger sur divers hôpitaux ou hospice de province un certain nombre de sujets dont on paierait la pension au taux fixé par les municipalités départementales. Ce taux est généralement modeste; généralement aussi, tandis que les hôpitaux de

Paris sont au grand complet, sinon encombrés comme Lariboisière, ces établissements disposent toujours d'un certain nombre de lits. La plupart d'entre eux reçoivent moyennant finance des malades étrangers à leur département. Ils recevraient donc, sans déroger à leur règlement, des malades envoyés de Paris...

IX

Je vais toucher maintenant au point le plus délicat de cette recherche; j'entends parler de celui dont il appartiendrait au législateur seul de faire l'objet d'une motion répondant, semble-t-il, aux plus élémentaires principes de raison, de justice et de solidarité.

La loi des 22 janvier, 8 avril et 7 août 1851 dispose, en son acticle premier, que « lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans la commune ».

Voilà qui règle, de façon claire et nette, la question des admissions d'urgence dans les hôpitaux, que celui qui s'y présente soit ou non domicilié à Paris et, par extension même, qu'il soit étranger.

Mais est-ce à dire que la commune dont cet administré est originaire, qu'il a peut-être quittée depuis quelques jours à peine, doive être dégagée de toute responsabilité à son sujet? La commune n'est-elle pas, en réalité, une famille civilement responsable de tous ses membres, de même qu'elle doit à tous protection et assistance?

Et ne serait-il pas juste que l'article 5 de la même loi : « l'administration des hospices et hôpitaux peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, contre les membres de la famille du malade... » fût complété par ces mots : « et contre la commune où le malade a gardé son domicile ».

C'est là, en apparence, très peu de chose; dans l'application, ce serait peut-être beaucoup. Je n'ignore pas que l'administration de l'Assistance publique peut réclamer et réclame au besoin aux préfets, en certains cas déterminés, les frais de traitement des individus étrangers au département de la Seine; je sais aussi que ces réclamations souvent sans suite n'amènent en général que de médiocres résultats.

Il faudrait que le législateur armât l'administration d'un instrument de précision, fait pour reprendre méthodiquement, inflexiblement, je voudrais pouvoir dire mécaniquement, aux budgets des communes de province, pour l'appliquer au budget de la commune de Paris, une part contributive équivalente au dépenses faites par cette dernière pour les malades n'ayant pas encore acquis de droits à son assistance.

Cette loi rigide, formulée sans obscurité de texte, invoquée à la suite d'enquêtes rigoureuses, fermement appliquée par les soins du ministère de l'intérieur, c'est-à-dire par les préfets, obligerait les communes départementales à se soucier plus constamment des intérêts de leurs enfants éloignés; à ne point spéculer si facilement, à leur sujet, sur la libéralité de la ville de Paris, la bonne nourrice; à lui apporter, au contraire, un contingent de ressources, en rapport avec la part de charges qu'elles imposent à ses services hospitaliers. La grande cité trouverait promptement et facilement l'emploi de ces ressources dans la fondation d'établissements mixtes, hôpitaux-hospices ou asiles temporaires dont elle a un si urgent besoin.

De telles idées sont, je ne me le dissimule pas, quelque peu révolutionnaires et faites pour déranger la quiétude des esprits accoutumés au cours

paisible des choses. Il me semble pourtant que le sujet vaut la peine qu'on s'y arrête.

Il est fait pour attirer et retenir l'attention des progressistes, pour les attacher entièrement à l'étude attentive de cette question encore si actuelle et si complexe de l'encombrement des hôpitaux généraux.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, en a mesuré constamment de près toute la gravité et examiné toutes les conséquences. En attendant une loi plus fermement défensive des intérêts des pauvres de Paris qu'il représente, l'Etat et la Ville s'ingénieront, il n'en faut pas douter, à lui assurer les moyens de prévenir le retour de ces jours pénibles que tant de services hospitaliers ont connus, au courant de cette année 1886.

La vaccination charbonneuse.

Nous reproduisons la lettre de M. Koch sur la vaccination charbonneuse, que la *Semaine médicale* a publiée récemment, et la réponse que M. Pasteur a confiée au *Bulletin médical*, ces documents ne pouvant manquer d'être le point de départ d'une grave discussion au prochain Congrès de Vienne.

J'ai déclaré, il y a quelques années, que la vaccination charbonneuse préconisée par Pasteur, ne conférant qu'une immunité insuffisante contre l'infection naturelle, d'une action préservatrice de trop peu de durée, ne pouvait être considérée comme utilisable dans la pratique.

Depuis cette époque, la méthode des inoculations charbonneuses n'a reçu, ni de Pasteur ni d'aucun autre, de perfectionnement notable, et, à ma connaissance, on n'a fourni de sa valeur pratique aucune démonstration nouvelle. Je n'ai donc eu aucune raison de modifier ma manière de voir à ce sujet et je n'ai, dès lors, rien publié sur cette question.

Aussi, grand a été mon étonnement lorsque, parcourant la lettre adressée par Pasteur à la Société Império-Royale des médecins de Vienne il y a quelques semaines, je lus « que les critiques déjà lointaines formulées par l'Ecole de Berlin avaient été depuis longtemps réfutées par les faits, et que cette Ecole avait changé d'opinion ». En parlant de l'Ecole de Berlin, Pasteur me vise évidemment, car personne, autre que moi, ne s'est occupé de la vaccination charbonneuse. C'est pourquoi j'ai jugé indispensable de ne pas laisser s'accréditer une pareille erreur au sujet de mes idées sur la question, et d'affirmer énergiquement, contrairement au dire de Pasteur, que je n'ai, *en aucune façon, modifié mon opinion* sur la valeur pratique des inoculations charbonneuses.

Il me paraît, cependant, d'un certain intérêt de ne pas m'en tenir à cette simple déclaration, et d'exposer brièvement les raisons qui me font persister dans mon opinion première.

Pasteur s'appuie, dans sa lettre, sur les résultats des vaccinations en France dans les dernières années : plus de 200,000 moutons vaccinés annuellement présentent une mortalité par le charbon inférieure à 1 p. 100, tandis que, parmi les troupeaux non vaccinés, cette mortalité s'élève à 10 p. 100; plus de 20,000 bovidés vaccinés par an fournissent une mortalité qui n'atteint pas 0,5 p. 100, tandis que, sans la vaccination, la mortalité de ces animaux est d'environ 5 p. 100.

Il semble bien se dégager de ces chiffres que l'inoculation charbonneuse est d'une haute efficacité. Mais qui pourrait se porter garant de l'exactitude de ces chiffres? Comment et par qui les éléments de ce calcul ont-ils été rassemblés? Voilà ce que se demande quiconque s'est occupé de statistique médicale et sait le cas qu'il convient d'en faire.

Nous sommes d'autant plus fondés à nous tenir sur la réserve que ces chiffres restent, jusqu'à présent, isolés. La vaccination charbonneuse se pratique depuis 1881, et non

pas seulement en France; le vif intérêt qui s'attache à la question, les habiles réclames faites autour du procédé l'ont fait connaître dans toutes les régions visitées par le charbon, l'Italie, l'Autriche-Hongrie, la Russie, l'Allemagne. Si réellement les résultats étaient partout aussi favorables que ceux qu'accuse Pasteur, il y aurait lieu de s'étonner que la méthode n'y ait pas, dans ces six dernières années, pris la même extension qu'en France. Des intérêts matériels considérables sont en jeu, et on ne s'explique pas pourquoi, dans un intérêt national bien entendu, on ne l'accepte pas partout avec le même empressement. En fait, on ne cite aucun pays où la vaccination charbonneuse se soit généralisée comme en France, et l'on ne trouve rien à ce sujet dans la littérature médicale et vétérinaire.

Pour savoir exactement à quoi m'en tenir, au moins en ce qui concerne l'Allemagne. j'ai prié M. Schütz, professeur à l'Ecole vétérinaire de Berlin, de vouloir bien me communiquer tous les renseignements possibles sur les vaccinations charbonneuses pratiquées en Allemagne et leurs résultats. M. Schütz a répondu à mon désir de la façon la plus obligeante et la plus empressée, et je suis en possession de documents absolument authentiques recueillis avec une entière indépendance, d'une haute valeur démonstrative, et dont je veux présenter la substance. Leur réunion a demandé quelques semaines, et c'est ce qui a retardé la présente communication :

1° A Gorsleben on vaccina, en 1882, 31 bovidés; 3 mouraient l'année suivante (10 p. 100). Les vaccinations ne furent pas continuées. Il en mourut encore, dans la suite, 2 ou 3 par an, c'est-à-dire exactement autant qu'avant l'inoculation.

2° A Cannawurf, vaccination, en 1882, de 33 bovidés; avant l'inoculation, on en perdait de 1 à 3 par an; les pertes furent les mêmes après les vaccinations; aussi renonça-t-on à les continuer.

3° A Kelbra, en 1886, sur 140 bovidés, on en vaccine 64; 76 restent non vaccinés. Chaque lot perdit une bête du charbon; on n'a pas continué les vaccinations.

4° A Riethnowhausen, 22 bovidés son vaccinés en 1886; un mois plus tard, 2 bêtes étaient mortes du charbon. On en est resté là.

5° A Klonie on vaccine tous les ans, depuis 1882, tous les bovidés et ovidés. Autant que j'en puis juger par les renseignements à ma disposition, on peut compter pour ces dernières années, avec quelques oscillations en plus ou en moins, sur une moyenne annuelle de 270 bovidés et 600 ovidés. La mortalité, chez les premiers, varie entre 1 et 5 p. 100 (en moyenne 3,4 p. 100); chez les seconds, entre 0,8 et 9 p. 100 (en moyenne 5,5 p. 100). A plusieurs reprises, on a vu des animaux *revaccinés* succomber au charbon. On manque malheureusement de données précises sur la mortalité avant la vaccination.

6° Mais les renseignements les plus importants sont ceux que nous devons aux inoculations pratiquées depuis 1882 avec le plus grand soin et la plus grande patience par le vétérinaire départemental Œmler, et par ordre du ministère de l'agriculture, au domaine de Packisch. Depuis 1882, c'est-à-dire depuis cinq années, le troupeau presque tout entier, soit une moyenne de 80 bovidés et 360 ovidés, est vacciné tous les ans. Déjà l'opération de la vaccination tue 0,8 p. 100 des moutons. Mais le charbon enlève encore en moyenne 4,2 p. 100 des premiers et 1,5 p. 100 des seconds. Là, également, on compte parmi les victimes des animaux vaccinés plusieurs fois. En présence de résultats qui rendent si contestable l'efficacité du vaccin, on a réalisé, dans ces deux dernières années, l'expérience suivante : 100 moutons vaccinés et 100 moutons non vaccinés, se trouvant d'ailleurs dans des conditions identiques, ont été conduits dans des pâturages suspects. Or, deux des animaux vaccinés sont morts du charbon, puis l'année suivante, deux autres parmi les non vaccinés. L'expérience n'a donc été rien moins que victorieuse.

Nous demandons ce faut qu'il penser d'une méthode de vaccination qui a donné, après cinq ans d'essai, de pareils résultats. Et cependant les inoculations de Packisch ont été faites conformément à toutes les indications de Pasteur, et avec la lymphe fournie par son agent, M. Boutroux. Il ne s'agit pas ici de milliers de bêtes; mais toutes les vaccinations sont exactement notées et les cas de mort scrupuleusement comptés; nos chif-

fres ont une autre valeur que les gros nombres ronds de Pasteur, dont nous ignorons absolument l'origine.

Voilà tout ce que l'Allemagne peut fournir sur la question des vaccinations charbonneuses; il n'y a pas un seul résultat favorable, décisif, d'acquis. Et il paraît ne pas en être autrement dans les autres pays; s'il y avait des succès, on les publierait.

Tant que d'autres observateurs autorisés n'accuseront pas des résultats aussi brillants que ceux de Pasteur; tant que la vaccination charbonneuse ne se sera pas généralisée dans les régions infectées de l'Autriche-Hongrie, de la Russie, de l'Allemagne, de l'Italie, on ne pourra prétendre que les objections anciennement formulées par moi sont tombées devant les faits. Bien au contraire, toutes les expériences faites jusqu'à présent, tous les faits produits confirment absolument ma première manière de voir : que l'inoculation charbonneuse ne rapporte pas ce qu'elle coûte; que, dans les conditions actuelles, elle n'a aucune utilité pratique.

R. Koch,
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Berlin.

M. Pasteur a répondu en ces termes à M. Kock :

Arbois (Jura), le 15 août 1887.

Dans une lettre que j'ai adressée à la Société royale impériale des médecins de Vienne, le 29 mai dernier, j'ai dit que « les critiques déjà lointaines de l'Ecole de Berlin ont été « depuis longtemps réfutées par les faits et que cette Ecole a changé d'opinion. »

Le docteur R. Koch, dans un article que publie la *Semaine médicale* du 3 août courant, s'élève contre cette assertion. Il déclare qu'il n'a en aucune façon modifié son opinion sur la valeur pratique des inoculations charbonneuses. J'avais été mal informé. Je le regrette pour l'Ecole de Berlin; mais je m'empresse de donner acte à M. Koch de sa rectification.

Cependant, sommes nous donc si éloignés d'être complètement d'accord?

Voici, en effet, ce que dit M. Koch :

« Pasteur s'appuie dans sa lettre sur les résultats des vaccinations en France dans « les dernières années : plus de 200,000 moutons vaccinés annuellement présentent une « mortalité, par le charbon, inférieure à 1 p. 100, tandis que parmi les troupeaux non « vaccinés, cette mortalité s'élève à 10 p. 100; plus de 20,000 bovidés vaccinés par an « fournissent une mortalité qui n'atteint pas 0,5 p. 100, tandis que, sans la vaccination, « la mortalité de ces animaux est d'environ 5 p. 100.

« Il semble bien, ajoute M. Koch, se dégager de ces chiffres que l'inoculation char- « bonneuse est d'une haute efficacité. »

Telle est, en effet, ma conclusion, et je n'ai pas d'autres preuves pratiques de la grande efficacité de la méthode que les chiffres rappelés par M. Koch et qu'il trouve très concluants.

Pourquoi donc M. Koch se défend-il de croire à la valeur pratique des vaccinations charbonneuses? Uniquement par un sentiment de défiance qu'il ne justifie aucunement. En effet, il termine l'alinéa que je viens de citer par ces mots :

« Qui pourrait se porter garant de l'exactitude de ces chiffres? Comment et par qui « les éléments de ce calcul ont-ils été rassemblés? Voilà ce que se demande quiconque « s'est occupé de statistique médicale et sait le cas qu'il convient d'en faire. »

Il résulte de ce qui précède que M. Koch ne demande qu'une chose pour croire à l'efficacité des vaccinations charbonneuses. C'est la garantie de l'exactitude des chiffres qu'il rappelle.

Eh! bien, qu'à cela ne tienne. Le Congrès qui va s'ouvrir à Vienne le mois prochain sera une excellente occasion pour nous entendre. Tous les rapports des vétérinaires seront mis à la disposition de M. Koch et des personnes qui désireraient en prendre connaissance, et la méthode générale des inoculations préventives pourra être discutée.

Si ma santé ne me permet pas de me rendre au Congrès, M. Chamberland, auteur d'un des rapports imprimés présentés au Congrès, soutiendra les conclusions de son rapport sur les vaccinations préventives.

L. Pasteur.

BIBLIOTHÈQUE

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs A. Filleau et Léon Petit. — Paris, Doin, 1887.

Nous venons de recevoir le deuxième fascicule de la deuxième année de ce *Bulletin*. Il porte en sous-titre : « Curabilité de la phthisie », et les auteurs, pour obtenir la guérison de la tuberculose pulmonaire, emploient surtout les injections sous-cutanées d'acide phénique. Ils se servent principalement des deux solutions suivantes : 1° Phénol absolu, 10 grammes; huile stérilisée, 50 grammes; vaseline liquide médicinale, 40 grammes; 2° phénol absolu, 20 grammes; huile stérilisée, 50 grammes; vaseline liquide médicinale, 30 grammes. Chaque gramme de ces préparations huileuses renferme 10 à 20 centigr. de phénol absolu. Les doses varient comme pour les solutions aqueuses avec les indications, mais elles peuvent être portées sans accident jusqu'à 200 gouttes de la première et 100 de la seconde, soit 1 gramme de phénol absolu en vingt-quatre heures. La moyenne oscille entre 20 et 60 centigr. par jour.

Quand l'acide phénique échoue ou est mal supporté, les auteurs emploient les injections sous-cutanées de thymol, menthol, eugénol, etc., et, contre les divers symptômes les plus gênants, celles de quinine et d'atropine. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches sur l'action de la solanine, par A. Capparoni (1). — Ne trouvant dans les plus récents traités de matière médicale aucun renseignement exact sur l'action de la solanine, l'auteur a eu l'idée de faire quelques recherches à ce sujet.

La solanine, découverte par Desfosses, en 1821, a été étudiée par Magendie et Clarus qui ont déclaré que c'était un poison narcotique ayant pour propriété de paralyser le bulbe, la moelle spinale et la terminaison du vague et d'exciter les nerfs périphériques.

Geneuil a consacré à cette substance un article dans le *Bulletin général de thérapeutique* (1886).

La solanine employée par Capparoni sortait des fabriques de Merck et de Gehe.

Action sur l'homme. — A la dose de 10 centigrammes, sensation de brûlement à l'estomac, salivation, nausées : troubles dus à l'action irritante locale de cette substance sur l'estomac. Diminution du nombre des respirations, des pulsations cardiaques et des réflexes. Ces propriétés se montrent plus manifestes chez les individus qui présentent une exagération de ces fonctions, par exemple chez les dyspnéiques par asthme, par emphysème ou par cardiopathie. Ce fait a été attribué par Clarus à une diminution de l'excitabilité des terminaisons pulmonaires du nerf vague. Mais, puisque la solanine diminue la dyspnée alors même qu'elle est due à une stimulation ayant son origine hors de la sphère des pneumogastriques (dyspnée hystérique par compression des points hystérogènes), on est porté à croire qu'elle a une action centrale et qu'elle agit spécialement sur les centres des réflexes bulbaires, comme l'auteur cherche à le démontrer.

La solanine possède la propriété de diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle spinale. Ce fait constatable chez l'homme sain apparaît plus manifestement dans les cas d'excitation de la moelle. Ainsi, chez les individus atteints de myélite transverse avec paraplégie des membres inférieurs, et avec exagération des réflexes, il suffit de 0,15 centigrammes de solanine pour que ces derniers disparaissent complètement.

Avec cette même dose, Capparoni a réussi complètement à faire disparaître le clonus du pied ou de la main dans des cas analogues. La diminution du pouvoir excito-moteur du bulbe explique encore la disparition de la toux, du vomissement, du hoquet.

A doses plus élevées, la solanine porte son action sur les voies motrices et sensitives. A la dose de 30 à 40 centigrammes, c'est un excellent analgésique.

(1) Traduit et analysé de la *Rivista clinica*, mai 1887.

Cerveau. La solanine n'a pas d'influence sur le cerveau. Elle n'est pas hypnotique même à doses très élevées.

Pupille. — Aucun trouble pupillaire.

Circulation. — Avec de petites ou de moyennes doses de solanine, on observe un ralentissement des battements cardiaques, avec lequel coïncide l'augmentation de la tension artérielle. Avec des doses élevées, il y a augmentation des battements et abaissement de la pression artérielle.

Respiration. — La solanine rend la respiration plus facile, les mouvements respiratoires moins nombreux. Pourtant, avec les doses toxiques, on observe une fréquence énorme de la respiration et ensuite son arrêt.

Excrétions. — C'est par le rein qu'elle s'élimine, de préférence pendant les huit premières heures qui suivent son administration. Pas d'action sur la sécrétion urinaire; pas d'albuminurie.

Peau. — Une seule fois l'auteur a vu succéder à l'usage de la solanine un érythème de la face.

Recherches sur les animaux. — La solanine, introduite dans l'estomac des chiens ou des lapins à la dose de 0,10 centigr., détermine des vomissements d'une extrême violence à la suite desquels l'animal tombe dans un abattement qui dure plusieurs heures. Mais une dose double et triple introduite par la voie hypodermique (chlorhydrate de solanine) ne détermine nullement ces symptômes. Chez les chiens et les lapins, la dose minima, avec laquelle on a pu obtenir un état parétique et analgésique, a été de 0,30 centigr. A cette dose, je n'ai jamais vu les animaux tomber dans le narcotisme, ni être pris d'accès de vomissements, ni de symptômes de stimulation motrice.

La dose mortelle minima d'hydrochlorate de solanine chez les grenouilles est de 0,02 centigr. A la suite de l'injection de 0,01 centigr. seulement, on note au bout de quelques minutes une diminution dans leurs mouvements et dans leur sensibilité. Mais, au bout de quelques heures, elles sont revenues à leur état normal. Avec 0,02 centigr., au contraire, on observe au bout de dix minutes l'abolition complète de la sensibilité; mais la motilité est encore normale. Au bout de vingt minutes se manifeste un état parétique dans les quatre membres, puis la paralysie complète et la mort. Avec 0,04 centigr., l'anesthésie et la paralysie se montrent ensemble au bout de quelques secondes. La sensibilité cornéenne et le clignement de l'œil persistent seuls jusqu'à la mort, qui arrive au bout d'une dizaine de minutes.

Les troubles de la motilité qui se produisent par la solanine sont-ils dus à une action sur les centres nerveux ou sur les plaques motrices terminales? En coupant sur les grenouilles une des artères crurales, après l'injection de solanine, on voit sur les membres correspondants à la ligature la paralysie s'établir en même temps que sur les autres membres, ce qui prouve que cette substance a une action évidente sur les centres nerveux.

Chez les animaux empoisonnés par la solanine, la mort succède-t-elle, comme le dit Clarus, à la paralysie des muscles respiratoires? L'auteur ne le pense pas, à cause de la rapidité avec laquelle la mort se produit chez les grenouilles, qui, par suite de l'activité de leur aspiration cutanée, ne pourraient périr par la simple paralysie de leurs muscles. Chez les lapins empoisonnés par de fortes doses de solanine, la mort arrive également, alors même qu'ils sont soumis à la respiration artificielle. Elle doit donc être attribuée à une paralysie bulbaire.

L'action paralysante de la solanine sur les centres réflexes peut être démontrée par les expériences suivantes :

On injecte à diverses grenouilles 0,0001 de strychnine et chez d'autres, en même temps, 0,01 de solanine. Chez les premières, le tétanos se produit au bout de dix à quinze minutes. Il n'apparaît pas chez les secondes.

On peut, en somme, conclure au point de vue physiologique :

1° Que cette substance a une action centrale;

2° Que cette action est d'abord anesthésique, puis paralysante du centre respiratoire et cardiaque du bulbe; elle porte ensuite sur les centres des réflexes bulbaires et spi-

naux et, en dernier lieu, sur les voies cinésodiques et esthésodiques, et en particulier sur la moelle spinale.

THÉRAPEUTIQUE. — L'auteur s'est servi de la solanine dans un grand nombre de cas, et il a constaté qu'elle agit d'une façon toute spéciale pour modérer le pouvoir excito-moteur du bulbe et de la moelle spinale. Ainsi dans l'asthme, tant idiopathique que symptomatique, des doses de 5 centig., administrées à deux ou trois reprises de demi-heure en demi-heure, suffisent à rétablir la respiration normale. Chez des individus affectés de troubles de la marche, par suite de l'excitabilité exagérée des réflexes consécutive à une myélite aiguë, elle réussit à tel point que les malades peuvent abandonner leurs béquilles le second jour de son administration (0,25 à 0,30 centig. par jour, 0,05 centig. par dose).

L'auteur a vu réussir la solanine chez un malade atteint de spasmes cloniques des muscles des membres inférieurs par cause périphérique; tous les moyens habituels avaient échoué. L'usage de la solanine a fait disparaître les accès chez un épileptique. Elle n'a pas été essayée contre le tétanos où elle aurait sans doute un heureux effet. Chez les neurasthéniques rebelles aux autres modes de traitement, on s'en sert utilement pour faire disparaître la cardiopathie, les paresthésies, les convulsions (0,15 centig. par jour; 0,03 centig. par dose), Geneuil l'a employée avec avantage contre les névralgies; l'auteur l'a appliquée avec succès à trois cas : une névralgie intercostale, une névralgie sus-orbitaire et une névralgie sciatique. Les résultats ont été meilleurs encore contre la céphalée, où, sur sept cas, il n'y a pas eu un seul échec (0,10 centig., 0,05 par dose au moment des accès douloureux). La solanine fait également disparaître les spasmes musculaires; on voit disparaître ou au moins diminuer les tremblements et les contractions musculaires de la maladie de Parkinson (0,25 centig. par jour).

L'auteur termine par cette réflexion que le prix énorme de ce médicament est la seule saison qui s'oppose à son usage. — L. GREFFIER.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA MIGRAINE. — Dujardin-Beaumetz.

Ethoxycaféine	0 gr. 25 centigr.
Salicylate de soude	0 gr. 25 —
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10 —
Hydrolat de tilleul	60 grammes.
Sirop de capillaire	20 —

F. s. a. Une potion à donner en une seule fois, au début de la migraine. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

CHOLÉRA. — *Italie.* L'épidémie semble être en décroissance; les médecins de Palerme qui s'étaient rendus dans les provinces de Catane et de Syracuse pour traiter les cholériques ont pu quitter leurs postes.

Toutefois à *Naples* les craintes sont vives. Le conseil municipal a voté 100,000 fr. pour l'exécution des mesures urgentes. Le premier cas a été officiellement constaté dans cette ville le 30 juillet sur une personne venant de Catane, le second le 3 août. Ce même jour, se sont déclarés deux autres cas suivis de mort. A partir de cette époque, dit la *Deutsche med. Wochenschrift*, il est difficile d'avoir des renseignements précis, car l'épidémie est niée par les autorités et la presse locales.

Au rapport du *Brit. med. Journal*, le 8 août, 4 cas ont été signalés dont 2 morts; le 9, 4 nouveaux cas et 3 décès. Le mal s'est étendu aux environs de la ville.

A *Résine,* ville de 15,000 âmes, à 10 kilomètres au sud de Naples, le même journal annonce 50 cas avec une mortalité de 70 p. 100.

A *Malte*, l'épidémie ne s'est pas circonscrite ; le 9 août sur 9 malades, il y eut 5 morts.

A *Madrid*, des cas suspects se sont produits dans la capitale espagnole. C'est sous cette même rubrique, fait remarquer le *Lancet*, qu'ont été désignées les premières attaques du mal asiatique lors de la dernière invasion du choléra en Espagne.

RAGE. — Le comité anglais chargé d'étudier la question de la rage vient de publier son rapport. Nous en extrayons les conseils ou conclusions suivantes :

1° Emploi de la muselière lorsque des cas de rage sont signalés ; 2° autorisation donnée aux agents de police de tuer les chiens errants suspects ; 3° inscription des symptômes de la rage sur les permis délivrés annuellement aux propriétaires de chiens ; 4° plaques permettant de lire facilement le nom du propriétaire des chiens en circulation ; enfin, 5° dans le cas où la méthode de prévention de Pasteur serait manifestement efficace, en faciliter l'application en Angleterre.

— Une femme mordue en février dernier et traitée à l'Institut bactériologique de Saint-Pétersbourg, a succombé un mois après l'achèvement du traitement.

— Suivant la *Riforma medica*, se tiendra, à Milan, en septembre prochain un Congrès des professeurs des Universités italiennes et des instituts des hautes études. Les questions d'enseignement supérieur feront l'objet des discussions de la future assemblée. C'est le professeur Emilio Villari (de Bologne) qui est à la tête du comité fondateur.

— La 50e réunion de la British medical Association s'est tenue à Dublin du 2 au 5 août. Dans un prochain numéro nous donnerons le résumé des principales discussions qui ont eu lieu dans cette importante assemblée. — Ch. S.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN. — M. Virchow vient d'être battu dans l'élection pour le rectorat, ce qui est regardé comme un événement assez important. M. Virchow, un savant de premier ordre, est l'un des chefs du parti progressiste qui a voté contre le septennat. Les apparences sont que des raisons politiques ont déterminé un certain nombre de votants à rejeter le candidat de la Faculté de médecine. L'Université allemande comprend l'École de médecine et l'École de droit, en même temps que les Facultés de philosophie et de théologie. C'est une coutume admise depuis des années que les quatre Facultés proposent alternativement chaque année un candidat au rectorat. Cette année c'était le tour de la Faculté de médecine. Cependant la *Gazette nationale* assure que la politique n'a joué aucun rôle dans l'affaire. (*Journal de Genève*, 16 août).

COURRIER

M. le docteur Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort et membre de l'Académie de médecine, est nommé directeur de cette École, en remplacement de M. Goubaux, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort d'un confrère universellement estimé. Le docteur Giraud-Teulon (Félix), ancien élève de l'École polytechnique, membre de la Société de chirurgie, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir à Saint-Germain-en-Laye. M. Giraud-Teulon s'était spécialisé dans les questions de mécanique animale et d'ophthalmologie. Parmi ses principales publications, nous citerons : *Principes de mécanique animale*, ou étude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés, Paris, 1858. — *Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire*, 1861. — *Leçons sur le strabisme et la diplopie, pathologie et thérapeutique*, 1863. — *Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil*, 1865. — *L'œil*, un excellent petit volume de vulgarisation des fonctions de la vue et de leurs anomalies, dont la seconde édition a paru en 1878 ; enfin un gros volume de près de mille pages sur *la vision et ses anomalies*, paru en 1881.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus droits; issue des diaphyses par une large plaie des téguments. — Mort par tétanos le troisième jour.

Par le docteur Pineau (d'Oléron),

Membre correspondant de la Société de médecine de Paris. (Séance du 25 juin 1887.)

Dans le numéro du 4 janvier dernier de l'*Union médicale*, le docteur Ozenne, chef de clinique adjoint de la Faculté, rapporte une observation de « décollement traumatique des épiphyses inférieures du radius et du cubitus droits par arrachement, avec disjonction interépiphysaire ». — « Dans une bonne thèse écrite sur ce sujet, dit-il, J. Colignon (Paris, 1868), sur un rélevé de 79 cas observés dans les différentes régions du corps, en signale 15 appartenant à l'extrémité inférieure de cet os. Très rare, au contraire, serait la disjonction simultanée des extrémités inférieures du cubitus et du radius, s'il faut s'en rapporter au silence des auteurs. Dans ce même travail de Colignon, on n'en cite aucun fait, et il n'en est pas davantage fait mention dans les traités récents de fractures, sauf dans celui d'Hamilton, où cet auteur rapporte que Robert Smith (*Treatise on fractures*, Dublin, 1854, p. 164) dit en avoir rencontré plusieurs faits qui auraient été pris pour des luxations. »

Mais, dans une thèse plus récente que celle du docteur Colignon, citée par M. Ozenne, le docteur Manquat (Paris, 1877) fournit une statistique de 130 cas de décollements épiphysaires où celui de l'extrémité inférieure du radius figure pour 23 cas, celui de l'extrémité correspondante du cubitus pour 2, mais où il n'est pas fait mention de l'arrachement simultané de ces deux épiphyses.

Parmi les observations qu'il rapporte, celle qui se rapproche le plus de la nôtre a trait à un garçon de 13 ans 1/2, qui présenta un décollement de l'extrémité inférieure des deux radius, avec issue, à droite, de la diaphyse par une plaie des téguments. Le malade, atteint de blessures multiples, succomba. (Panas, Bull. Soc. anatom., 1872.)

Après ces préliminaires, indispensables pour bien faire ressortir la rareté d'une telle lésion, nous allons exposer brièvement le cas qui fait le sujet de cette communication.

Il s'agit d'un petit garçon de 11 ans auprès duquel je fus appelé, comme consultant, par mon excellent confrère le docteur Anfrun. Cet enfant, grimpé dans un arbre pour y dénicher un nid, tomba, sur la paume de la main droite et le bras écarté du corps, d'une hauteur de 3 mètres environ.

Il présentait la lésion suivante :

Sur la face antérieure de ce même poignet droit existe une déchirure à bords mâchés qui en occupe toute la largeur, et par laquelle font issue les deux fragments supérieurs qui s'avancent de 8 centimètres environ jusqu'à la ligne articulaire métacarpo-phalangienne. Sur la plaie osseuse se montrent des aspérités mélangées de parties cartila-

gineuses, de telle sorte que l'arrachement a compris une partie du cartilage épiphysaire. Sur les deux os, largement exposés au regard, l'aspect est le même, et il n'est pas besoin d'un examen plus détaillé pour être en mesure d'affirmer le diagnostic : arrachement des épiphyses du radius et du cubitus au niveau du cartilage de croissance, la plus grande partie de ce dernier restant attenante à l'épiphyse demeurée en place; en effet, les apophyses styloïdes sont en place, et l'articulation du carpe semble intacte.

Vu par mon confrère le soir de l'accident, je suis requis comme aide pour réduire, et c'est le lendemain seulement que nous pouvons nous trouver ensemble auprès du petit malade.

Nous donnons séance tenante du chloroforme, et, avec de grandes difficultés, mon confrère réussit à pratiquer la réduction. Mais le gonflement est énorme, la réaction considérable. Pour essayer d'y remédier, l'avant-bras étant saisi en haut et en bas par un tour de bande, nous installons un réservoir pour pratiquer l'irrigation continue à l'eau froide. Malheureusement, le lendemain matin, notre petit blessé succombait au tétanos, qui avait fait son apparition peu d'heures après notre départ.

Telle est cette courte et rare observation, puisque, en admettant pour complète la nomenclature de la thèse du docteur Manquat, à la date de 1875, il n'en existait pas un seul cas dans la littérature médicale.

Les succédanés de l'acide salicylique : le salol et le salinaphtol.

Les inconvénients nombreux qui suivent l'usage des fortes doses de salicylate de soude, et dont les principaux sont, comme on le sait, les troubles gastriques, ont poussé les thérapeutes à rechercher s'il ne serait pas possible de donner l'acide salicylique combiné à d'autres corps. Ces travaux ont conduit à la découverte du salol et du salinaphtol, dont nous allons étudier successivement les propriétés.

1. *Salol.* — Le salol est du salicylate de phénol. Il se présente sous la forme d'une poudre blanche cristalline, ou bien en gros cristaux. Sa saveur rappelle celle de l'essence de Wintergreen et son odeur est aromatique. Presque complètement insoluble dans l'eau, ainsi que dans la glycérine, il est un peu soluble dans l'alcool chaud et très soluble dans l'éther, les huiles, la benzine, etc. Etant donnée sa composition, on peut dire qu'il renferme environ 38 p. 100 de phénol.

Son action est naturellement basée sur son dédoublement en ses deux composants. Ce dédoublement, d'après les recherches de Neucki, Sahli, Lépine, s'effectue dans l'intestin sous l'influence du suc pancréatique en quantité suffisante. La présence de ce dernier agent est absolument nécessaire; Lépine et Aubert ont montré que, « si chez un chien on introduit 1 à 2 grammes de salol dans une anse d'intestin grêle, bien lavée, longue de 60 à 80 centimètres et soigneusement liée à ses deux bouts, et qu'on sacrifie l'animal au bout de six à huit heures, on ne trouve point d'acide salicylique, si ce n'est en quantité négligeable, dans l'urine ». Cette notion a une grande importance; en effet, il y a des maladies, et nous verrons tout à l'heure lesquelles, où le pancréas est altéré; il s'ensuit que, dans ces cas, le médicament ne pourra agir que d'une façon très peu prononcée. M. Patein a remarqué que, en employant le salol en pansement, ce corps est absorbé et se dédouble dans le sang en s'hydratant. Pour lui, le sang et le suc pancréatique n'agissent que par leur alcalinité, opinion que ne semble guère appuyer l'expérience de Lépine, que nous avons rapportée plus haut, mais qui est admise par Lombard, qui accorde aussi une certaine importance à la bile. Les microbes de l'intestin produisent aussi le dédoublement. Après l'usage du salol, les urines sont noires comme après l'emploi de l'acide phénique, et Behm a parfois observé des sueurs.

Physiologiquement, le salol a été bien étudié par Lombard (Th. de Paris, 28 juillet 1887). Il n'abaisse la température, chez l'animal sain, qu'à des doses considérables; la dose peut être massive, car une partie du médicament passe dans les selles et la chute du thermomètre, qui n'est pas proportionnelle à la dose donnée, se fait pendant

une durée de temps et suivant un mode constants. L'action sur la respiration, qui est très fugace, consiste dans une accélération assez forte. L'influence sur la circulation est nulle.

Chez l'homme sain, à dose thérapeutique, le salol ne produit que l'augmentation de fréquence de la respiration.

Quoi qu'il en soit, nous allons étudier successivement les principales applications que l'on a faites du salol.

Le rhumatisme articulaire aigu est l'une des maladies dans lesquelles il semble le mieux réussir, ce qui tiendrait, d'après Lépine, à ce que le pancréas est peu altéré, même quand il y a fièvre intense.

Dans sa première communication (*Semaine médicale*, 1886, 15) Sahli rapporte avoir essayé le salol dans toutes les affections rhumatismales (polyarthrites aiguës, subaiguës et chroniques, rhumatisme musculaire, etc.) et avoir toujours obtenu au moins les mêmes effets qu'avec le salicylate de soude, la fièvre semblait même diminuer plus vite encore avec le salol. Il n'y a pas de troubles gastriques et les bourdonnements d'oreille sont rares et peu accentués. Herrlich a aussi reconnu au salol une action très manifeste sur le rhumatisme articulaire aigu. Pour lui, il serait surtout actif dans les cas d'hyperthermie et n'influerait pas sur les récidives et les complications cardiaques. Il échoue dans le rhumatisme blennorrhagique et dans le rhumatisme articulaire des femmes enceintes.

Ce qu'il faut bien noter, et M. Lépine revient sur ce fait avec insistance, c'est que le dédoublement de fortes doses est inconstant et souvent incomplet. Il a cité le cas d'un typhique qui, après l'ingestion de 20 grammes de salol en vingt-quatre heures, ne présentait qu'un faible abaissement de température et dans les selles duquel on retrouvait beaucoup du médicament. Dans ses expériences sur les animaux, il a aussi noté plusieurs fois le peu d'absorption par l'intestin et, au contraire, l'absorption facile sous la peau en solution dans la pétro-vaseline.

Se basant sur ces considérations, il conseille de ne pas trop se fier au salol quand on veut agir fort et vite, tandis qu'au contraire le nouveau corps convient parfaitement pour éviter une rechute ou, dans les cas peu aigus, à la période de convalescence. Il a de bons effets dans les douleurs névralgiques avec apyrexie.

Un des derniers travaux sur le salol dans le rhumatisme articulaire aigu, vient d'être publié par le docteur Behm dans le *Zeitschrift für Therapie*, 1er juin 1887. Le médicament a été donné à la dose de 6 grammes, et quelquefois de 8 grammes par jour et par doses de 1 gramme en une fois. Dans le rhumatisme chronique, il est préférable à l'acide salicylique; des cas qui avaient résisté à l'acide se sont améliorés ou même ont guéri par son emploi.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'acide salicylique agit plus rapidement que le salol: tandis qu'avec le premier les malades sont souvent délivrés dans les vingt-quatre heures de la fièvre et des douleurs, ce résultat n'est obtenu qu'après trois ou quatre jours avec le salol. Les complications cardiaques sont aussi fréquentes qu'avec le traitement habituel. Les récidives paraissent légères comme avec l'acide salicylique, pourvu que les malades continuent la médication au moins pendant huit jours après la disparition des douleurs (4 à 5 grammes par jour) et qu'ils gardent la chambre, et même le lit.

Nous avons encore à citer les observations de MM. Montange, Balzer et Lombard. Le résultat des recherches de M. Balzer a été favorable; pour lui, sans avoir une action aussi grande que le salicylate sur la température et la durée totale, le salol fait disparaître les douleurs en quatre ou cinq jours; on devrait, d'après son avis, donner les deux médicaments en même temps.

Les conclusions de M. Lombard sont les suivantes : 1° Il y a une légère atténuation des douleurs après le troisième jour seulement. C'est en moyenne après six jours que les douleurs cessent complètement. — 2° La fluxion articulaire cesse après la disparition des douleurs, ordinairement un ou deux jours après, vers le septième ou huitième jour. Il en est de même de la rougeur et de la tuméfaction même légère. — 3° C'est le plus souvent dans le même temps, du septième au huitième jour, que les mouvements

redeviennent faciles, et, dans aucune attaque de rhumatisme aigu, nous n'avons vu le malade se lever avant la fin du premier septennaire. — 4° Pour ce qui est de la fièvre, il est difficile de se prononcer d'une façon nette. En fait, le salol n'a pas le caractère de spécificité que la plupart des observations reconnaissent au salicylate de soude. Pour M. Lombard, le salol serait surtout indiqué dans les cas de rhumatisme articulaire subaigu, dans lesquels la douleur est le seul point important, et où les avantages du salicylate ne compensent pas ses inconvénients. Le salol, comme le salicylate, indroduit l'acide salicylique dans l'organisme, et c'est la différence de solubilité qui fait surtout la différence d'action. Il serait encore indiqué de l'employer dans le rhumatisme des enfants.

Enfin, Ricklin admet que le nouveau médicament n'offre aucune supériorité sur l'acide salicylique et l'antipyrine dans les affections rhumatismales.

Dès le début de l'emploi du salol, Sahli a insisté sur son action antipyrétique. Il appuie sur la nécessité, si on l'emploie dans ce but dans la phthisie pulmonaire, de ne pas dépasser les petites doses, et, ainsi que Neuki, conseille de commencer par 0,50 *pro die*. Lépine ne craint pas de dire que c'est un mauvais médicament dans la fièvre typhoïde, où il n'a même pas pu désinfecter les selles ; et on sait que, dans cette maladie, le pancréas est presque toujours atteint. Le professeur de Lyon a proposé de se servir du salol pour savoir si le pancréas est altéré; le peu d'action du médicament indiquerait des lésions de la glande. Herrlich a eu aussi peu à s'en louer dans la dothiénenthérie; plus les cas étaient graves, plus le salol occasionnait de symptômes gênants; enfin, Guttmann a obtenu des abaissements peu considérables, et Behm ne le regarde pas comme antipyrétique. Dans certaines maladies de la moelle, il est susceptible (Lombard) de rendre des services pour calmer les douleurs et diminuer l'hyper-excitabilité du système nerveux. Dujardin-Beaumetz le regarde comme rendant de réels services dans les douleurs fulgurantes des tabétiques. Sahli a encore conseillé le salol dans le diabète où l'acide salicylique et le phénol sont employés; comme désinfectant local dans le choléra, les catarrhes intestinaux; mentionnons encore l'emploi dans l'urticaire chronique et dans la migraine. Il a donné de bons effets dans des catarrhes vésicaux, et Sahli conseille encore de l'essayer dans le traitement local de la gonorrhée.

Ceci nous conduit aux applications chirurgicales du salol qui ont fait l'objet d'un mémoire récent de MM. Périer et Patein. On l'a substitué à l'iodoforme, ou employé dès le début, dans des amputations, des ablations d'épithélioma, des abcès du sein, etc. Les résultats ont été excellents et, dans les cas où il a remplacé l'iodoforme, la cicatrisation a paru marcher beaucoup plus vite.

Sahli l'a employé avec succès contre l'ozène sans avoir les douleurs insupportables que cause l'insufflation du salicyle, et il s'en est servi en poudre contre l'otorrhée. Neuki note ce dernier usage et conseille aussi le médicament en topique sur les ulcérations syphilitiques et les stomatites. Enfin, il a pu donner de bons résultats dans la carie dentaire.

Un des avantages du salol est d'être un peu graisseux, de sorte qu'il peut facilement adhérer à la gaze, ce qui offre un grand avantage en chirurgie de guerre. Dumont a imprégné de l'ouate avec une solution éthérée et a vu l'odeur persister plusieurs jours.

Le mode d'emploi est assez facile. A l'intérieur, on peut donner le salol en poudre en le mélangeant, selon le conseil de Sahli, au talc ou au sucre de lait. Il faut avaler beaucoup d'eau après chaque dose. Dujardin-Beaumetz conseille l'émulsion par la teinture de quillaya. Dans le rhumatisme articulaire, on peut aller jusqu'à 6 à 8 grammes par jour en trois ou quatre fois, et 4 grammes semblent à Lombard la dose convenable pour un adulte. Les enfants au-dessus de 6 ans peuvent en prendre, sans inconvénient, de quatre à six doses de 50 centigrammes chaque.

Dans le lupus, Sahli a fait des injections intra-cutanées d'huile salolée à 10 p. 100 et Nenki s'est servi de solution variant de 3 à 10 p. 100. Pour les plaies, on emploie tout uniment la poudre.

2. *Salinaphtol.* — Quelques accidents s'étant produits par l'emploi du salol, Robert

(de Dorpat) a proposé de le remplacer par la combinaison de l'acide salicylique avec le β naphtol, ce dernier corps étant moins toxique que le phénol.

Insoluble dans l'eau, sans odeur ni saveur, le salinaphtol se dédouble très lentement sous l'influence du suc intestinal seul (Lépine) et rapidement quand intervient le suc pancréatique. Il se scinde aussi facilement dans le milieu intérieur. L'estomac le supporte bien et il est préférable au salol dans le rhumatisme articulaire aigu, où on peut l'employer à la dose de 0,3 à 0 gr. 5 quatre fois par jour. Il n'y a pas de bourdonnements d'oreille ni aucun symptôme d'intoxication même après plusieurs semaines.

L'action sur les ferments de la putréfaction est encore moins marquée que celle du salol.

Les remarques faites sur l'emploi du salol dans la fièvre typhoïde s'appliquent aussi au salinaphtol dont l'emploi thérapeutique est d'ailleurs très limité jusqu'ici.

Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

L'estomac. — Le docteur A. W. P. Leuf vient de publier dans le *Philadelphia medical News* d'avril 1887, un travail sur l'estomac qu'il intitule : *The stomach : important points in its anatomy and physiology, and their application in practice*, et dont voici les conclusions : la direction de l'estomac est bien plutôt verticale qu'horizontale ; un estomac vide doué de sa tonicité normale est toujours tubuleux ; l'estomac tubuleux doit être la règle au lever ; les liquides non irritants franchissent directement l'estomac tubuleux ; il en est de même lorsque l'estomac contient des aliments, et alors ils passent le long de la petite courbure ; le mucus contenu le matin dans l'estomac empêche ou retarde la digestion ; l'eau bue avant les repas délaie et enlève ce mucus, stimule le mouvement péristaltique gastro-intestinal, et détermine l'hypérémie de la membrane qui tapisse le tube digestif, ce qui vient grandement en aide à la digestion et à l'élimination ; il faut donner de l'eau froide aux sujets qui ont la puissance de réaction, et à tous les autres de l'eau chaude et même très chaude ; le sel ajouté à l'eau est très utile en ce qu'il prévient la formation de parapeptones non absorbables ; il est parfaitement à propos de boire de l'eau avant, pendant et après les repas. — R.

Onctions d'iodoforme dans la méningite. — Les docteurs Nilson, Warfwinge et Holt rapportent des faits dans lesquels des onctions sur le crâne, préalablement rasé, avec une pommade contenant 10, 20 ou 25 p. 100 d'iodoforme, ont amené la guérison chez des enfants qui paraissaient atteints de méningite tuberculeuse. Les détails dans lesquels ces médecins sont entrés, sont bien de nature à encourager les praticiens à les suivre dans la voie thérapeutique qu'ils ont ouverte. Les tentatives, qui ne peuvent nuire en rien, doivent être commencées aussitôt que le diagnostic est établi. (*New-York medical abstrait*, juin 1887). — R.

Prostitution ; examen anthropométrique. — Au premier Congrès des aliénistes russes à Moscou, la doctoresse Prascovia N. Tarnovskaia, de Saint-Pétersbourg, a communiqué les résultats de l'examen anthropométrique de cinquante prostituées habituelles, qui toutes avaient été internes dans des maisons de tolérance pendant au moins deux ans. Comme terme de comparaison, elle a soumis au même examen cinquante femmes de la campagne du même âge, et, autant que possible, du même développement intellectuel, etc.

Les résultats de cette investigation, probablement unique dans la science, peuvent être résumés dans les faits suivants : 1° Les prostituées présentaient un raccourcissement d'un demi-centimètre aux diamètres antéro-postérieur et transverse du crâne. 2° Chez quatre-vingt-quatre pour cent des prostituées, on observait divers signes de dégénération physique, tels que irrégularité dans la forme du crâne, asymétrie de la face, anomalies du palais, des dents, des oreilles, etc. 3° Dans quatre-vingt-deux pour cent, les parents étaient des ivrognes habituels. 4° Dix-huit pour cent étaient les dernières survivantes d'une nombreuse famille de huit à treize enfants, qui tous étaient morts en bas âge. 5° Ces

faits semblent appuyer l'opinion que les prostituées, comme classe, fournissent le plus fort contingent de sujets prédisposés aux maladies nerveuses et mentales. (*The med. Rec.*, 16 juillet 1887). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 août 1887. — Présidence de M. S PP&Y.

M. le docteur GUERMONPREZ (de Lille) lit un travail intitulé : *Vomiques persistant pendant quatre ans; trois opérations successives; incision exploratrice de la plèvre, puis ablation de deux segments de côtes, ponctions multiples, suivies d'une pneumotomie superficielle; enfin pneumotomie profonde suivie d'injections irritantes destinées à libérer le foyer.*

— M. LUYS donne lecture d'un mémoire intitulé : *Sur la sollicitation expérimentale des régions émotives et intellectuelles chez les sujets hypnotisés à l'aide de substances médicamenteuses et toxiques tenues à distance.* Nous devons laisser la parole à l'auteur pour l'exposition des faits extraordinaires dont il est question ici.

« Les recherches personnelles que j'expose en ce moment, en abrégé, devant l'Académie, et qui seront plus tard publiées *in extenso*, sont le résumé d'une série d'expériences que j'ai entreprises dans le but de vérifier les faits signalés au Congrès de Grenoble par MM. Burot et Bourru (de Rochefort). Elles consistent à mettre en présence des sujets hypnotisés certaines substances médicamenteuses ou toxiques et à déterminer chez eux des réactions d'un certain ordre.

« 1° Mes expériences personnelles portent actuellement sur 67 substances, dont j'ai pu, à l'aide de dispositifs spéciaux et de procédés techniques, étudier l'action sur les sujets hypnotisés. Elles ont été répétées sur des sujets différents, et chaque substance a paru déterminer des effets identiques, à l'aide de tubes de verre numérotés et scellés à la lampe.

« 2° La condition fondamentale pour déterminer les effets à distance des substances stimulatrices, c'est de mettre le sujet en état d'hypnotisme. C'est la condition *sine quâ non*.

« L'état d'hypnotisme, et surtout la phase léthargique, développe chez les sujets une réceptivité spéciale, en vertu de laquelle non seulement les facultés de motricité arrivent à un état de surexcitation extrême (hyperexcitabilité neuro-musculaire), mais encore ses facultés émotives (dans la période de catalepsie) arrivent pareillement à un état d'éréthisme, et sous l'influence des sollicitations les plus minimes, irradiées des plexus périphériques, se mettent incontinent en activité.

« Ainsi, chacun sait qu'on développe normalement chez lui, lorsqu'il est en léthargie, des symptômes réactionnels somatiques d'une incontestable véracité. Il suffit du moindre attouchement venant effleurer la peau des avant-bras, pour solliciter la réaction des muscles sous-jacents et faire apparaître une contracture rigide d'une intensité des plus caractéristiques.

« De même, s'il est conduit dans la période cataleptique, on voit en quelque sorte les forces nerveuses changer de domaine et se concentrer dans les régions émotives.

« Celles-ci à leur tour, dans cette nouvelle phase, sont envahies par une superexcitabilité spéciale, en vertu de laquelle elles entrent immédiatement en éréthisme, et cela sous la moindre sollicitation irradiée des nerfs périphériques, et dans la direction voulue par l'opérateur, qui a su volontairement toucher tel ou tel point déterminé et provoquer comme sur un clavier docile des réactions émotives variées, gaies ou tristes.

« Tous ces phénomènes s'opèrent silencieusement sans la moindre parole provocatrice, sans suggestion, rien que par le fait de telle ou telle substance présentée au sujet au niveau de tel ou tel plexus nerveux périphérique.

« Ainsi une substance déterminera du côté gauche des réactions gaies par exemple, et, à droite, elle sollicitera des réactions tristes. Ainsi, la morphine, par exemple, chez

un sujet, a déterminé, placée à gauche, des phénomènes de surexcitation violente, tandis que le même tube présenté à droite, en un point symétrique, a déterminé un état de bien-être très significatif.

« 3° Bien plus, les médicaments présentés ainsi à distance du sujet, non seulement sont susceptibles d'avoir une action sur les régions émotives, mais encore pénètrent plus profondément dans l'organisme et vont porter le trouble dans les grandes fonctions de la vie organique. Ces manifestations inattendues, si nettement exprimées et quelquefois si inquiétantes au point de vue de leur apparence, déjouent toute supercherie de la part du sujet.

« Ainsi, sous l'action du tube, on voit certaines substances déterminer des troubles subits du côté du cœur et de la respiration. Les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers et ralentis à 40, en même temps que la face devient turgide et bleuâtre. D'autres fois, ce sont les muscles inspirateurs qui cessent tout d'un coup de fonctionner. Le sujet tombe dans un véritable état apnéique. D'autres fois, suivant que le tube est promené dans telle ou telle région du cou, on amène la turgescence du corps thyroïde, ainsi que je l'ai déjà signalé, ou des troubles laryngés et un véritable cornage.

« Ces manifestations quelquefois terrifiantes peuvent amener des complications d'une extrême gravité, et je ne saurais trop avertir les expérimentateurs d'arrêter immédiatement l'action du tube pour ne pas se trouver inopinément en présence d'un cas d'homicide par imprudence.

« 4° Pour obtenir dans cet ordre de recherches des résultats précis et comparables, il est indispensable d'agir suivant une méthode fixe et bien définie, sans laquelle tout est confusion.

« Aussi, quand on essaie l'action d'une substance sur un sujet qui réagit, il est bon d'attendre, pour commencer une expérience nouvelle, que le sujet ait complètement expurgé l'action de la substance étudiée précédemment; et, pour arriver à ce diagnostic, il faut avoir des signes de reconnaissance; c'est ce qui permettra de préciser le point où on en est.

« Chaque expérience en elle-même peut être considérée comme un véritable processus expérimental isolé, que l'on met en action. Ce processus a une période ascendante, une période d'état et une période de décours. Il faut, pour que les choses se passent régulièrement, que le sujet, parti par exemple de la période de léthargie sous un stimulant quelconque, arrive *motu proprio* à la période de somnambulisme lucide après avoir passé par la catalepsie, et arrive de même à la période de léthargie de retour après avoir parcouru de lui-même le cycle naturel de son processus expérimental.

« Mettez, par exemple, le sujet en présence d'une substance quelconque placée dans un tube, que ce soit une substance telle que la morphine, si la substance n'a pas une action spéciale sur les régions intellectuelles, au bout de deux ou trois minutes, il va ouvrir les yeux silencieusement, passer ainsi en période de catalepsie, et là développer ces émotions spéciales que la substance va provoquer en lui.

« Ces émotions sont variables : de l'étonnement, de l'appréhension, de la crainte, et jusqu'à la terreur la plus profonde, ou des émotions inverses de ravissement, de béatitude et de jubilation extrême. Toutes les expressions du visage et du corps s'accentuent ainsi définitivement, suivant les incitations qui frappent le système nerveux. Et cela, sans la moindre sollicitation verbale; le sujet agit comme un automate qui développe ses rouages.

« Aussitôt qu'on enlève le tube stimulateur, la mimique du visage s'affaiblit, le sujet cesse d'être ébranlé, il s'affaisse, redevient calme et rentre dans sa période de léthargie de retour. On constate qu'il y rentre lorsque la surexcitabilité neuro-musculaire est devenue perceptible. C'est le signe pathognomonique, que le processus spécial a cessé d'agir sur l'organisme.

« Dans une autre forme de processus expérimental, si le sujet est plus intelligent, ou bien si les substances ont plus d'action (café, spartéine, haschisch), le sujet passe rapidement de la période de catalepsie à celle de somnambulisme lucide. Il devient alors loquace et rappelle une série de scènes en rapport avec les émotions qu'il subit.

« Mais, aussitôt qu'on suspend l'action du tube stimulateur, il s'arrête, ne parle plus

et, insensiblement, repasse par les phases diverses qu'il a parcourues dans sa période ascendante. Il descend peu à peu de lui-même, et arrive pareillement à son point de départ, à la phase léthargique de retour. La constatation de l'hyperexcitabilité neuromusculaire est le signe pathognomonique qui le prouve, et témoigne que l'action de la substance incitatrice n'existe plus.

« Les phénomènes dus à l'action des substances médicamenteuses à distance sont donc calqués sur les phénomènes normaux de l'hypnotisme et s'enchaînent et se hiérarchisent de la même façon.

« C'est cette méthode spéciale que je recommande et qui me paraît être l'élément essentiel de toute étude sérieuse apte à fournir des éléments comparables.

« 5° L'action des substances médicamenteuses à distance chez les sujets en état d'hypnotisme peut se rapprocher, au point de vue dynamique, de l'action des aimants. Avec un petit aimant contenu dans un tube, ou même présenté à distance, j'ai obtenu des effets dynamiques très nets, tels que des convulsions de la face en particulier et même des états émotifs d'effroi tout à fait comparables à ceux qui sont obtenus par l'action de certaines substances employées dans le cours de mes expériences.

« 6° Il est vraisemblable que cette méthode nouvelle, qui permet de pénétrer expérimentalement jusque dans les régions de l'innervation centrale, est susceptible d'amener des résultats imprévus dans la thérapeutique des affections nerveuses. On comprend cependant qu'elle ne pourra être d'un usage général parce qu'elle s'applique, comme condition fondamentale, à des sujets hypnotisés, et que, jusqu'à ce jour, tous les névropathes ne sont pas dans ce cas. Néanmoins, j'ai à ma connaissance des observations relatives à deux sujets hystéro-épileptiques types que je connais et soigne depuis cinq ans, et chez lesquels j'ai pu, en les mettant régulièrement une ou deux fois par semaine en présence de tubes médicamenteux, arriver à éloigner la fréquence des attaques et à diminuer d'une façon très nette leur intensité. »

M. Bergeron dit que l'Académie ne saurait accepter la responsabilité d'une communication dans laquelle ont été émises des propositions et énoncés des faits dont les conséquences sont de la plus haute gravité. Il demande donc que la discussion sur le travail de M. Luys soit remise à une séance ultérieure.

M. Henri Roger dit que le travail de M. Luys contient des faits tellement merveilleux qu'il y aurait lieu, avec l'assentiment de l'auteur, bien entendu, de répéter ces expériences devant une commission. Il faut voir de tels faits pour les croire, et, même quand on les a vus, il est encore permis de douter de leur réalité.

M. Larrey appuie les propositions de MM. Bergeron et H. Roger.

M. Brouardel demande également la nomination d'une commission et cela surtout à cause du retentissement que les faits communiqués par M. Luys ne manqueront pas d'avoir dans le public extra-médical.

Il n'est pas possible d'admettre sans examen et sans discussion et de laisser s'accréditer dans le public que des individus peuvent être empoisonnés à distance par une sorte d'irradiation des effets des substances toxiques, sans qu'il reste la moindre trace de l'acte criminel ni aucun moyen de la découvrir. Tout médecin pourrait ainsi être accusé d'attentats de ce genre, sans avoir la possibilité de se défendre.

Il importe donc, au double point de vue de la responsabilité morale des médecins en général et de l'Académie en particulier, qu'une commission soit nommée pour examiner les faits sur lesquels repose la solution de l'un des problèmes les plus considérables et les plus graves qu'il soit donné d'élucider.

M. Blot demande formellement que, jusqu'à nouvel ordre, nul ne soit autorisé à faire à l'Académie des communications du genre de celle de M. Luys.

M. Luys répond qu'il se met volontiers à la disposition de ses collègues pour leur montrer les faits et les expériences dont il est question dans son mémoire. Il fait observer, d'ailleurs, qu'il n'est pas le premier qui ait observé les faits de ce genre. Tout le monde sait que deux médecins des plus recommandables de Rochefort, MM. les docteurs

Burut et Bourrut, en ont fait l'objet d'une communication importante au Congrès de Grenoble.

M. le président Sappey met aux voix la proposition de M. Henri Roger, appuyée par les divers membres qui ont pris la parole dans cette discussion. L'Académie, à l'unanimité, décide qu'il y a lieu de nommer une commission de cinq membres pour examiner, avec l'assentiment de M. Luys, les faits annoncés dans la communication.

— M. Dujardin-Beaumetz, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Germain Sée, présente quelques considérations sur les médicaments antithermiques considérés comme sédatifs du système nerveux.

D'après lui, l'acétaniline et le phénol peuvent être rangés, avec l'antipyrine, dans le même groupe de médicaments antithermiques et analgésiques.

Dans l'acétaniline, comme dans l'alcaloïde nouveau que les chimistes avaient désigné sous le nom de « diméthyloxyquinizine » et que les médecins, pour plus de brièveté, ont nommé antipyrine, ce furent les propriétés antithermiques qui frappèrent le plus tout d'abord. Aussi l'appela-t-on, d'après le même principe, antipyrine. Mais bientôt on reconnut que l'action antithermique n'était pas la principale et l'on reprit le nom chimique.

M. Dujardin-Beaumetz résume les dernières recherches de M. le professeur Lépine (de Lyon) et les siennes propres sur les effets de l'acétaniline, particulièrement efficace contre les douleurs fulgurantes des tabétiques, celles qui sont causées par la compression des nerfs ou de la moelle, celles qui accompagnent la névrite des nerfs optiques, etc.

La dose journalière a pu être portée jusqu'à 3 grammes dans certaines circonstances. Elle était ordinairement de 1 gr. 50 à 2 grammes divisée toujours par fractions de 50 centig. Dans certains cas, il se produit une cyanose manifeste avec refroidissement, ce qui tient à la diminution de l'oxyhémoglobine transformée en méthémoglobine. Mais cette cyanose n'a jamais présenté le moindre danger.

Le salol, dont un des élèves de M. Dujardin-Beaumetz vient de faire une excellente étude, présente aussi des propriétés sédatives du système nerveux non douteuses, comme on l'a constaté chez des tabétiques, des rhumatisants, etc.

Il est très peu toxique et peut s'administrer à la dose de 4 à 8 grammes par jour. On peut le considérer comme une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique, on retrouve libre le premier de ces corps dans les urines des malades auxquels on administre ce composé.

Si l'on compare, au point de vue thérapeutique, les trois corps nouveaux qui jouissent également de propriétés analgésiques, on constate que l'antipyrine se trouve supérieure à l'acétaniline dans les névralgies, les céphalées; elle lui est inférieure, au contraire, dans les douleurs des tabétiques, etc.

M. Dujardin-Beaumetz avait expéré que l'acétaniline pourrait constituer une médication efficace contre l'épilepsie. Il avait, en effet, obtenu deux succès. Mais les expériences faites à Bicêtre dans le service de M. Denys et celles qui ont été poursuivies à la clinique de M. Joly (de Strasbourg) ont été négatives.

M. Dujardin-Beaumetz termine en rappelant le mot d'Hippocrate : « Soulager est une œuvre divine. »

— M. Lancereaux communique un travail sur le *Traitement des cirrhoses du foie.*

« La cirrhose hépatique, dit l'auteur, passait autrefois pour être une affection à peu près incurable. Cependant, dès l'année 1860, étant interne à la Pitié, j'eus l'occasion de voir dans le service de mon maître, M. Marotte, un malade atteint d'une induration avec tuméfaction inégale du foie et ascite considérable, qui, étant sur le point de succomber, demanda qu'on lui fît sur l'abdomen des frictions avec le baume tranquille. Quelques semaines plus tard, l'ascite avait disparu, l'embonpoint était revenu et l'exeat accordé. »

N'ayant aucune confiance dans l'action du baume tranquille, M. Lancereaux tint à examiner le malade avant sa sortie de l'hôpital, et il s'aperçut qu'il présentait, au niveau du crâne, des pertes de substance pouvant loger une grosse noisette. Il recon-

naissait, d'ailleurs, avoir eu la syphilis. Rapprochant toutes ces circonstances, M. Lancereaux arriva à la conclusion que l'affection hépatique de ce malade reconnaissait une origine spécifique.

Quelques mois plus tard, un autre malade entrait dans le même service avec une ascite manifestement due à une affection du foie. Il fut traité tout d'abord et sans succès par les purgatifs drastiques. Un soir, M. Lancereaux le trouva asphyxiant. Une ponction fut pratiquée, elle donna 13 litres de liquide et permit de constater que le foie, légèrement inégal, débordait quelque peu. Se souvenant du précédent malade, M. Lancereaux voulut examiner celui-ci d'une façon complète, et un des premiers désordres qu'il eut à constater fut l'existence d'exostoses multiples à la surface du crâne. Un traitement ioduré fut immédiatement prescrit, l'ascite se reproduisit, mais le liquide épanché ne tarda pas à être résorbé; un mois plus tard, le malade sortait guéri.

M. Lancereaux rappelle que les médicaments employés contre la cirrhose hépatique ont, la plupart du temps, visé l'hydropisie qui résulte de cette cirrhose. Les drastiques et les diurétiques ont été de préférence employés, on a pu leur attribuer, dans quelques cas, la diminution de l'épanchement ascitique; mais il faut savoir que celui-ci peut cesser spontanément sous l'influence de l'établissement d'une circulation collatérale, ou encore à la suite de la formation de membranes péritonéales.

Dans ces derniers temps, la pilocarpine a réussi, dans un cas de cirrhose atrophique, à produire la disparition ou plutôt la non réapparition de l'épanchement évacué par la ponction abdominale. M. Lancereaux remarquait dès lors qu'à côté de l'affection syphilitique du foie, il se rencontre, chez les impaludiques, une induration avec augmentation du volume de cet organe désigné sous le nom d'engorgement hépatique. Cette augmentation de volume qu'accompagne un état lisse et à peine granulé de la surface de la glande, un certain degré d'induration, une ascite rare et un ictère très commun, a une évolution lente et une durée de plusieurs années. Ces caractères diffèrent de l'affection syphilitique du foie. Il lui parut logique de conclure que l'affection en question avait une tout autre origine et, vu sa physionomie spéciale, il fut conduit à en faire un type à part qu'il rattacha à l'impaludisme. Vers la même époque, enfin, il constatait que la cirrhose la plus commune, celle qui servait de type à la description des auteurs classiques, se rencontrait généralement chez des buveurs; puis, prenant en considération les caractères propres à cette dernière, savoir : la diminution du volume du foie, l'absence habituelle d'ictère, l'ascite rapide presque constante, et, enfin, tenant compte de l'évolution de cette affection, il arriva à constituer un troisième type de cirrhose, ou *cirrhose alcoolique*, dont il reconnut plusieurs variétés.

L'étude histologique apprenait que toutes ces lésions sont constituées, dans le principe, par des éléments cellulaires assez semblables; il parut naturel à M. Lancereaux de se demander si l'emploi de l'iodure de potassium ne parviendrait pas à les combattre toutes. Aussi a-t-il cru devoir faire usage de cet agent dans la cirrhose impaludique, et il a paru avoir de bons résultats. Mais l'hydrothérapie est ici le moyen par excellence. Dans la cirrhose alcoolique, l'emploi prolongé de l'iodure de potassium a donné à M. Lancereaux de meilleurs résultats que dans la cirrhose impaludique. Il l'associe au régime lacté exclusif, qui est réellement efficace.

L'iodure de potassium ne guérit pas seulement les désordres syphilitiques du foie, il est encore pour le moins fort utile dans le traitement de la cirrhose du buveur, lorsqu'on l'associe au régime lacté exclusif et à l'hydrothérapie. Ce traitement est surtout efficace dans la cirrhose désignée sous le nom de cirrhose atrophique, laquelle est susceptible, dans un grand nombre de cas, non pas seulement d'amélioration, mais d'une guérison définitive.

La forme graisseuse, dite encore hypertrophique, est plus difficile à combattre, parce qu'il s'ajoute toujours à la sclérose conjonctive une altération graisseuse et parfois une désagrégation plus ou moins complète de la cellule glandulaire du foie.

M. Lancereaux lit ensuite un certain nombre d'observations confirmatives des propositions qui précèdent.

— **La séance est levée à cinq heures.**

FORMULAIRE

Pommade contre le pityriasis du cuir chevelu. — Fournier.

Fleur de soufre lavée........................	0 gr. 50 centigr.
Teinture de benjoin........................	3 grammes.
Moelle de bœuf........................	30 —
Huile d'amandes douces........................	10 —

F. s. a. une pommade, avec laquelle on pratique une onction sur le cuir chevelu tous les jours, tous les deux jours, ou une fois par semaine, suivant l'intensité du mal, puis la tête est enveloppée d'un bonnet. Dans les cas légers, on frictionne simplement le cuir chevelu, une ou deux fois par semaine, avec de l'huile d'amandes douces. — Le lendemain matin, lotion de la tête avec la décoction de bois de panama, ou bien avec de l'eau de son, additionnée pour 500 grammes, [de 40 grammes de glycérine et de 2 grammes de carbonate de soude. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Les professeurs Toldt et Fleischl sont nommés membres correspondants nationaux, et le professeur Beyrich (de Berlin) est nommé membre correspondant étranger à l'Académie des sciences de Vienne.

— Le docteur Rein est nommé professeur ordinaire d'accouchements et gynécologie à l'Université de Saint-Pétersbourg.

— Le professeur Fritsch a été élu recteur à l'Université de Breslau

— La Société de la Croix-Rouge tiendra le 22 septembre prochain sa réunion internationale.

— La création d'une chaire d'hygiène et la fondation d'un Institut d'hygiène à Berlin sont presque décidées.

Nécrologie. — Le professeur Pauch, prosecteur à l'Institut anatomique de l'Université de Kiel, un des membres de l'expédition allemande au pôle Nord de 1869, a succombé dernièrement.

— Vient également de mourir à Belfast, le docteur Alexander Gordon, professeur de chirurgie au Queen's Collège.

— De même que la *Société de médecine de Berlin*, la *Société des médecins de Vienne* hériterait du médecin portugais Pedro Francisco da Costa Alvarenda. Le montant du legs s'élèverait à 36 000 florins. C'est ce que du moins annonce sous forme réservée l'*Allg. Wiener med. Zeitung* du 16 août.

Cinq-centième laparotomie. — On annonce de Munich que Von Nussbaum a exécuté, le 2 août dernier, sa cinq-centième laparatomie. A cette occasion, une ovation enthousiaste a été faite au chirurgien par ses élèves. Un splendide bouquet lui a été offert. Le 500 marqué par d'éclatantes corolles ressortait vivement sur le fond des autres fleurs.

— Sur 1,320 adhésions au sixième Congrès international d'hygiène et de démographie, qui doit s'ouvrir à Vienne en septembre prochain, on compte soixante-trois adhésions françaises.

— Nous signalions dernièrement un article anglais où on se plaignait de la concurrence que les médecins étrangers font en Angleterre sans aucune réciprocité de la part des pays originaires des praticiens en question.

Le même grief vient d'être articulé dans le mémoire adressé par la commission médicale suisse au département fédéral de l'intérieur. — Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — MM. les professeurs Charcot, Grancher et Verneuil, sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1887-1888.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie, pour l'année scolaire 1887-1888, est composé comme suit :

MM. Cadiat, chef des travaux; Variot, préparateur; Launois, Pilliet, Chatellier, Leroy, Girod, aides préparateurs.

Un congé, pendant l'année scolaire 1887-1888, est accordé, pour raison de santé, à M. Cadiat, chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Rémy, agrégé, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie.

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé est accordé pendant l'année scolaire 1887-1888, pour raison de santé, à M. Berne, professeur de pathologie externe.

M. Polosson, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de pathologie externe.

Sont nommés pendant l'année scolaire 1887-1888 :

1° *Chefs de travaux de laboratoires.* — MM. Magnien, histoire naturelle ; Rodet, médecine expérimentale ; Chandelux, anatomie et histologie ; Bard, anatomie pathologique ; Didelot, physique ; Linossier, chimie minérale ; Reboul, physiologie ; Levrat, médecine opératoire ; Beauvisage, matière médicale ; Hugonenq, chimie organique ; Coutagne, médecine légale ; Florence, pharmacie ; Mondan, clinique chirurgicale ; Blanc, clinique médicale (travaux biologiques).

2° *Préparateurs de travaux de laboratoires.* — MM. Despeignes, histoire naturelle ; Gaillard, médecine expérimentale ; Meurer, anatomie pathologique ; Lignon, chimie minérale ; Doyon, physiologie ; Pollosson (Auguste), médecine opératoire ; Jacquemet, matière médicale ; Barral, chimie organique ; Saint-Cyr, médecine légale.

3° *Aide-préparateur de travaux de laboratoires.* — M. Trévoux, anatomie pathologique.

— M. le professeur Trélat, membre de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission à Constantinople et à Athènes pour visiter les établissements scientifiques, médicaux et charitables de ces deux villes.

M. le docteur Barette, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est adjoint à la mission de M. Trélat.

— A la suite du concours ouvert pour la nomination de médecins-adjoints des hôpitaux de la ville de Rouen, les candidats ont été présentés par le jury dans l'ordre suivant : MM. Brunon, Boucher et Lerefait.

— Un legs de la valeur de *quarante mille francs* vient d'être fait à l'Académie des sciences par Mme Foehr, décédée récemment à Paris. Les arrérages de cette somme, placée en rentes françaises 3. p. 100, devront servir à la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de « Prix Dellion ». Ce prix est destiné à récompenser un travail ou un ouvrage important sur l'art de guérir.

— La prochaine session ordinaire de la Société française d'otologie et de laryngologie s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1887.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du docteur Fernand Meyer, ancien interne des hôpitaux de Lyon, âgé de 34 ans. Il est décédé à Bonnevaux chez son beau-père, le docteur Gubian, après plusieurs mois de maladie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Des accidents possibles de l'injection intra-utérine après l'accouchement.

Par le docteur L. Roulin.

Le 24 mars 1887, j'accouche Mme B..., demeurant, 60, rue Lamartine. C'est une primipare, fille d'arthritique, et d'une santé délicate, mais dont la grossesse a suivi son cours normal. Rien à dire non plus de l'accouchement ni de la délivrance, qui se sont faits régulièrement. Tout étant terminé, je quitte la malade vers minuit, et la revois le lendemain matin à neuf heures. La nuit s'est bien passée et tout va bien. Je fais néanmoins une injection intra-utérine avec la sonde de Budin en celluloïde et la liqueur de Van Swieten au quart. Pas de douleurs pendant l'injection; le liquide revient bien. Je me retire laissant la malade dans un état aussi satisfaisant que possible.

Je n'étais pas absent depuis une demi-heure qu'on accourt me chercher. La malade venait d'être prise d'un frisson à claquer des dents, de vomissements bilieux et de douleurs dans les reins et dans le ventre, sans ballonnement. Quand j'arrive à midi, le frisson a disparu, mais les vomissements et les douleurs persistent. Je prescris du champagne glacé et une potion avec 5 centigr. d'extrait thébaïque à prendre par cuillerées d'heure en heure. Je m'en vais très inquiet.

A trois heures, je revois la malade; l'état s'est amendé, mais le pouls donne encore 120.

Le soir, à dix heures, la malade ne vomit plus, le ventre est encore sensible, mais non ballonné; la température n'est que de 37°5; les injections ont été supprimées, mais on a fait des lavages avec la liqueur de Van Swieten au quart.

Le 26, à neuf heures du matin, la malade va bien, la nuit a été bonne et il n'existe plus qu'une légère sensibilité du ventre. Je renouvelle l'injection intra-utérine; même manuel opératoire et même liquide que la veille; également comme la veille, une demi-heure après l'opération, la malade est prise des mêmes malaises, même frisson, mêmes vomissements, mêmes douleurs; pourtant ces symptômes étaient un peu atténués. Même régime.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les discussions à l'Académie de médecine et leur importance. — Un article de M. Diday sur le surmenage. — La 101e année de M. Chevreul. — Un mot de M. Clémenceau.

L'Académie de médecine, cela est incontestable et je m'en réjouis, tend de jour en jour à prendre une part plus grande dans la discussion des affaires publiques qui sont de sa compétence. Ce dont je ne me réjouis pas moins, c'est de voir que son opinion est beaucoup plus écoutée qu'autrefois et que les pouvoirs publics en tiennent compte. Que de fois n'a-t-on pas reproché à ces discussions d'être stériles, après avoir duré longtemps et avoir abouti à de superbes rapports qui étaient déposés honorablement dans de sombres archives d'où ils ne sortaient..... que pour être vendus comme papiers de rebut.

On est en train, paraît-il, de changer tout cela. L'Académie de médecine, puis le Comité consultatif d'hygiène de France ont blâmé le plâtrage des vins, puis le salicylage des bières, et les pouvoirs publics ont pris les mesures nécessaires pour s'opposer efficacement à ces préparations plus ou moins nuisibles à la santé des consommateurs.

Que va-t-il sortir maintenant de la belle et intéressante discussion qui a tant passionné l'Académie sur la question du surmenage intellectuel? Va-t-on réformer les pro-

Le soir, les vomissements ont cessé. La température est de 39°.

Je prescris 25 centigr. de sulfate de quinine à prendre matin et soir et, pour le lendemain, un verre à bordeaux d'eau de Rubinat.

Le 27 au matin, l'état de la malade est très rassurant; la température est 37°5; toutes les fonctions se font régulièrement; on fait des lavages et des injections vaginales avec la liqueur de Van Swieten au quart. Même régime; même traitement que la veille.

Le soir, la température est 38°.

Le 28, la malade demande à manger; elle prend des potages. A partir de ce moment, je ne note plus la température; le mieux s'accentue chaque jour, et la malade est complètement rétablie le 4 avril sans avoir présenté aucun autre accident.

Voici une deuxième observation recueillie par le docteur Nicolas, et dont la femme que j'ai accouchée en est le sujet. Je laisse la parole à mon confrère :

Grossesse normale.

L'accouchement n'offre rien de particulier : présentation O I G A.

Premières douleurs à onze heures du soir; rupture des membranes à minuit.

A midi un quart, le travail se ralentissant, le docteur Roulin termine par une application de forceps, la tête étant à la vulve. La délivrance se fait facilement. Il a été donné du chloroforme, mais pas jusqu'à anesthésie complète.

A deux heures, la malade perdant un peu trop, on lui administre 50 centigr. d'ergot.

Le soir, la malade se trouve très bien.

Le docteur Roulin propose de donner une injection intra-utérine, mais la malade se trouvant fatiguée, il n'insiste pas. La nuit se passe très bien.

Le lendemain matin, il est donné une injection intra-utérine avec la solution au quart de liqueur de Van Swieten. La sonde pénètre facilement et le liquide revient de même. La malade n'accuse ni douleurs ni malaises.

Le soir du même jour, le docteur Roulin propose de donner une nouvelle injection, mais la malade éprouvant, sans cause, une grande appréhension, il n'insiste pas.

Le lendemain matin, la malade étant plus calme, on introduit facilement une sonde de petit calibre, mais le liquide ne s'écoulant pas du réservoir, le docteur Roulin retire la sonde et en introduit une autre plus grosse. L'introduction se fait facilement, mais le liquide reste encore presque entièrement dans le réservoir et le peu qui s'en écoule

---

grammes d'enseignement? Ce serait la conclusion nécessaire de tant de beaux discours. Quelques-uns des membres de l'Académie l'ont demandé; d'autres ont fait remarquer que le rôle de cette Société savante devait se restreindre à indiquer aux pouvoirs publics qu'il y a un danger à surmener les écoliers, mais que le remaniement des programmes n'était plus de son ressort. Soit, mais incitez alors les pouvoirs publics à se hâter.

Peut-être même la France n'arrivera-t-elle pas première dans cette réforme, dont l'idée est partie de chez nous; mais cela n'a d'ailleurs rien d'extraordinaire, car ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il sort de France des idées dédaignées, et qu'elles sont accueillies avec faveur à l'étranger. Pour le surmenage en particulier, il a fait beaucoup de bruit au dehors, et le Collège des médecins de Vienne a adressé au ministre de l'instruction publique une pétition dans laquelle il lui expose ce qui se passe dans les écoles en Autriche et le prie de parer au danger qui menace les écoliers. Le ministre, tout en faisant bon accueil à cette pétition, a répondu qu'une réforme absolue ne pouvait être accomplie qu'à la longue. Mais le premier pas dans cette voie a été néanmoins déjà fait, car le ministre (autrichien) a envoyé une circulaire dans laquelle le programme d'enseignement secondaire a déjà subi quelques modifications qui peuvent passer pour des améliorations. A quand la circulaire du ministre français?

L'émotion soulevée par la discussion sur le surmenage est à peine calmée qu'une autre, dont on ne peut encore prévoir ni l'extension ni les conséquences, est sur le point de s'ouvrir au sujet de la récente communication de M. Luys. Le sujet traité par

paraît ressortir incomplètement; puis tout à coup, à neuf heures et demie, la malade est prise de violentes douleurs dans le ventre. La canule est aussitôt retirée et la malade recouchée dans son lit. La douleur va en augmentant; pendant une demi-heure, elle est continue et occupe plus spécialement la fosse iliaque gauche. Il y a quelques légères envies de vomir, mais sans vomissements. Potion avec 5 centigr. d'extrait thébaïque à prendre d'heure en heure. Cataplasme sur le ventre.

A onze heures, la douleur persiste sans rémission; elle augmente par une pression même légère. A partir de ce moment, il existe des instants de répit, et les douleurs revêtent la forme de tranchées. A midi, elles sont déjà moins vives et s'espacent de plus en plus. A la fin de la journée, elles ont presque complètement disparu. A dix heures du matin, la température était de 38°5; le pouls donnait 98. Le soir, la température tombe à 37°5, le pouls à 87. On donne un lavement purgatif à la malade, qui n'a pas été à la garde-robe.

La nuit est calme.

Le lendemain matin, la pression réveille toujours de la douleur dans la fosse iliaque gauche, mais moins vive. La température est de 38°, le pouls de 86. La journée es bonne, la nuit également.

Le lendemain, il n'y a presque plus de douleur à la pression et la fièvre a complètement disparu. La malade a toujours conservé l'appétit.

Deux mots à ajouter à cette observation, c'est que la malade présente des signes d'arthritisme, un peu de blépharite au bord des paupières et qu'elle s'est rétablie, comme les autres, sans aucun accident.

Voici maintenant une troisième observation :

Le 13 juin 1887, j'accouche Mme G..., demeurant, 46, rue de la Goutte-d'Or. C'est une multipare qui n'a jamais pu mener ses grossesses jusqu'à la fin. Cette fois encore, elle accouche à sept mois et demi environ. Rien de particulier à dire ni de la délivrance ni de l'accouchement, si ce n'est que les membranes se sont rompues prématurément; la présentation était celle du sommet, et l'enfant est né vivant à cinq heures du soir.

Tout étant terminé, je quitte la malade, qui est dans un état aussi satisfaisant que possible. Le lendemain matin, quand je la revois, ce même état a persisté. Je la soumets néanmoins aux injections antiseptiques (liqueur de Van Swieten au quart; canule de Budin). Pendant l'opération, la malade est prise de douleurs subites dans le ventre

---

l'éminent phrénologue n'est pas nouveau: aux Congrès de Grenoble et de Nancy, en 1885 et 1886, MM. Bourru et Burot, professeurs à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, ont déjà fait part des résultats de leurs expériences *sur la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez des sujets en état d'hypnotisme*, comme on pourra le voir dans les comptes rendus que l'*Union médicale* a donnés de ces Congrès. M. Luys a confirmé ces résultats à l'aide de nombreuses expériences nouvelles qui consistent à provoquer des sensations et par suite des actes inconscients de la part de sujets en état d'hypnotisme, en faisant agir sur eux, à distance, des substances renfermées dans des flacons bouchés. Par exemple, on présente à un de ces sujets, derrière son dos, à la distance d'un mètre et même plus, une des 86 substances dont s'est servi M. Luys, et suivant la substance, le malade devient gai, ou triste, ou joueur, ou criminel, etc.

Ces résultats sont gros de conséquences. Pouvoir suggérer à un individu quelconque l'idée de commettre un crime en lui mettant dans le dos une petite bouteille contenant une substance, minérale ou végétale, solide ou liquide, cela peut aller loin et mener loin non seulement le suggestionné, mais encore le suggestionneur. Comme l'a très bien fait remarquer le professeur Brouardel, « il ne s'agit pas seulement de la possibilité d'intoxiquer les individus à l'aide de substances qui ne pénétreraient pas dans leur organisme et qui agiraient par une sorte d'irradiation à distance, de telle sorte que l'on ne pourrait pas reconnaître le crime commis; — il y a encore ce fait que chacun de nous peut être acccusé d'avoir donné la mort à ses concitoyens par le procédé signalé

qui m'engagent à cesser après avoir injecté à peine le quart d'un petit irrigateur. Néanmoins, la malade éprouve tout le reste de la journée des coliques à se tordre, sans ballonnement du ventre, sans suppression des lochies, sans diarrhée, sans frisson. Je n'ai pu prendre la température, n'ayant pas été prévenu.

Le lendemain matin, quand je vois la malade, tout était rentré dans l'ordre, et elle guérit comme si de rien était; on avait cessé les injections intra-utérines, mais on continue les lavages avec la liqueur de Van Swieten.

Voici une quatrième observation :

A la fin de juillet 1887, j'accouche Mme R... demeurant 31, rue de Maubeuge, c'est une secondipare. Rien à dire de la délivrance ni de l'accouchement qui s'est terminé par la naissance d'une fille vivante et à terme. Tout étant terminé, je laisse la malade dans un état aussi satisfaisant que possible.

Le lendemain matin, je la revois; elle va très bien. Je la soumets néanmoins à l'injection intra-utérine avec la liqueur de Van Swieten, au quart, et la canule de Budin. Tout se passe bien; pas de douleurs pendant l'injection. Le liquide revient bien. Aussitôt l'opération terminée, il est alors à peu près neuf heures et quart, la malade est prise d'une crise de nerfs qui se dissipe bientôt. Ceci ne m'étonne pas étant donné la nature nerveuse du sujet, et je m'en vais tranquille. Mais, une demi-heure après mon départ, survient une nouvelle crise nerveuse qui se dissipe comme la première. Enfin, vers onze heures, la malade est prise de frisson, d'accélération du pouls, de vomissements bilieux, qui font croire à la sage-femme qui la soigne au début d'une péritonite, mais le ventre est insensible, non gonflé, les lochies viennent bien. Instruit d'ailleurs par les faits rapportés plus haut, je n'hésite pas à attribuer ces accidents à la sonde et à rassurer complètement la famille. Je prescris du champagne glacé et une pilule d'extrait thébaïque de 1 centig. à prendre chaque heure. Cet état dure jusqu'au soir; mais, le lendemain matin, il avait complètement disparu et la malade continue à aller de mieux en mieux jusqu'à son parfait rétablissement qui se fait dans le délai voulu.

A partir du jour de l'accident, on ne fit plus que des injections vaginales et des lotions avec l'acide borique à 4 p. 100.

Notons encore, en terminant, que bien que le placenta fût sorti seul et complet, l'injection ramena deux débris placentaires gros comme le pouce.

---

par M. Luys, et que, dans ces conditions, il lui sera impossible de démontrer son innocence. »

Ainsi voilà non seulement la pathologie mentale, mais la criminalité, la médecine légale, intéressées dans cette question. Et quand l'Académie aura nommé une commission, comme elle en a l'intention, pour vérifier les faits annoncés par M. Luys, quand elle aura contrôlé ces assertions étranges, mais sincères, quand elle aura discuté et calculé leur portée, ce ne sera pas tout encore. En effet, ces expériences sont la négation même du *libre arbitre*, de ce dogme établi comme une des bases de la religion catholique, et quand la médecine aura prononcé, la théologie pourra intervenir à son tour. N'avais-je pas raison de dire que tout ceta était gros de conséquences graves? Nous saurons bientôt à quoi nous en tenir, car l'Académie ne laissera pas échapper cette occasion de prononcer de beaux discours et d'attirer sur elle l'attention nécessaire pour conserver son prestige. Puisse cette attention légitime hâter la solution d'un autre problème non moins palpitant d'intérêt, presque vital pour l'Académie, le transfert de ses séances dans un local digne d'elle!

*
* *

En attendant la réforme du régime actuel de l'enseignement, la discussion à l'Académie sur le surmenage nous a valu un très intéressant article de M. Diday dans le *Bulletin médical.* Tout en intitulant son article : *Du devoir,* c'est-à-dire le devoir de classe, notre éminent confrère de Lyon touche à d'autres points. Le devoir de classe actuel est

Voici, maintenant, une cinquième observation :

Le 17 août 1887, j'accouche Mme Q..., demeurant 18, rue Rodier. C'est une primipare. Rien à dire des antécédents, si ce n'est que le père est atteint de rhumatisme et le frère de rétrécissement aortique. Pas d'accidents pendant la grossesse, qui a suivi son cours normal. Rien à dire de l'accouchement, qui a été régulier; ce n'est qu'à la fin que j'ai été obligé de faire une application de forceps pour cause d'insuffisance de contractions utérines. La présentation était celle du sommet. L'enfant, qui naquit vivant et à terme, pesait 8 livres 1/2. L'accouchement était terminé depuis plus d'une heure quand je quittai la malade, à midi et demi.

Je reviens le soir et trouve tout en parfait état, excepté pourtant qu'il y a un peu d'accélération du pouls et de rougeur de la face. Cet état dure jusqu'à deux heures du matin, à ce que me dit la mère. Toujours est-il que, le lendemain matin, quand je revois la malade, tout est rentré dans l'ordre et qu'elle est en parfaite santé. Les lochies viennent bien, le ventre est insensible. Je la soumets néanmoins aux injections intra-utérines. Instruit par le passé et me demandant si la nature du liquide n'était pas pour quelque chose dans les accidents que j'avais observés, je remplace la liqueur de Van Swieten par la solution de chloral à 1 p. 100. Je me sers toujours de la même canule en celluloïde; l'introduction s'en fait facilement et sans douleur, le liquide revient bien et ramène un gros caillot.

L'opération est à peine terminée que la malade se plaint de violentes douleurs dans le ventre et dans les reins; en même temps elle sent qu'elle va se trouver mal, qu'elle n'y voit plus. Tous ces symptômes disparaissent rapidement, et je crois pouvoir la quitter en toute assurance.

Il n'y avait pas une demi-heure que j'étais parti que les mêmes malaises reparaissent; il y a, de plus, un grand frisson à claquer des dents. Quand je revois la malade, à onze heures et demie, le frisson a disparu, mais la face est encore rouge. Le pouls est fréquent, la température de 39°5. Les douleurs de ventre et de reins ont disparu, il n'y a pas eu de vomissements.

Je prescris à la malade : bouillon, potage, eau rougie, et, pour le soir, 25 centig. de sulfate de quinine, et m'en vais en rassurant tout le monde.

Le soir, la température était tombée à 37°5; les lochies venaient bien et sans odeur; le ventre était insensible.

Le 18 août 1887, je revois la malade le matin; la nuit s'est bien passée. La tempé-

---

rempli d'écueils pour les enfants et pour les parents quand ils sont *externes;* les maîtres d'études sont incapables, par la multiplicité des élèves qui ne sont pas à la tête de la classe, de s'occuper d'eux et de leur donner le moindre conseil pour faire ce fameux devoir; on surmène alors les enfants, parce qu'au devoir mal fait s'ajoute infailliblement un pensum. A cela, M. Diday propose le remède suivant : changer la nature des attributions du maître d'études, qui, dans les trois premières années, sera chargé d'étudier ses élèves, de voir quels sont ceux qui par leur peu d'intelligence sont incapables de sortir de la queue de la classe; ceux-là seront déclarés impropres à continuer leurs études. A la suite de cette période d'*épreuves*, ceux qui seront capables d'entrer dans la période d'*instruction*, doués d'une intelligence suffisante, suivront les programmes régulièrement, sans pensum, du moins causés par un mauvais devoir, et par là disparaîtra le surmenage, faute de surmenables.

Le surmenage forcé, en quelque sorte obligatoire, qui s'établit au moment des épreuves du baccalauréat, pourra aussi être évité en supprimant l'examen lui-même. « Recevrait sans autre examen son diplôme de bachelier, tout élève ayant fait la totalité de ses études dans un établissement universitaire et qui, durant les trois dernières années, aurait obtenu un *quantum* déterminé de points dans ses compositions sur les matières afférentes à l'espèce de baccalauréat qu'il vise. »

Je suis tout à fait du même avis que M. Diday sur cette manière de terminer les classes, mais je ne voudrais plus deux baccalauréats. Je désirerais un programme d'études uniforme pour tous les élèves, études terminées par une sanction uniforme.

rature est de 37°5. On fait prendre 25 centig. de sulfate de quinine et un verre à bordeaux d'eau de Rubinat; le reste comme la veille. On ne fait plus d'injections, mais des lavages avec la solution de chloral.

Le soir, la température est de 37°8. La malade a été vingt fois à la garde-robe et est un peu fatiguée; elle n'a pris que des potages et deux paquets de sulfate de quinine.

Le 19. — Les seins commencent à gonfler. La température du matin est de 37°9; celle du soir 38°7. Le reste comme la veille, mais la malade a eu deux heures de somnolence dans la journée.

Le 20. — Même régime et mêmes symptômes que la veille. Température, matin, 37°4; celle du soir. 37°6.

Le 21. — Tout va bien. La malade prend du potage et un œuf. Le reste comme la veille. La température du soir est de 37°8.

Le 22. — Tout va bien. La malade mange.

Le 23. — La température du soir est de 37°2. La malade boit et mange. Tout va bien. La matrice est encore élevée. Le sulfate de quinine est supprimé.

Le 24. — Comme la veille.

Le 25. — Tout va bien. Je ne prends plus la température.

Le 26. — La malade est dans un état aussi satisfaisant que possible.

Des observations ci-dessus rapportées, il résulte :

Que les injections intra-utérines peuvent produire des accidents, car le début, la marche et la terminaison des faits décrits plus haut ne permettent pas de leur assigner une autre cause;

Que ces accidents sont caractérisés par un frisson, par des vomissements et de la douleur de ventre ;

Que ces symptômes peuvent se trouver réunis; qu'il en peut manquer un ou plusieurs; que la durée, l'intensité et la marche en sont variables;

Que ces accidents ont, jusqu'ici, toujours eu une terminaison heureuse; qu'ils sont indépendants de la nature du liquide injecté et de sa quantité; qu'ils paraissent dus à l'introduction de la sonde et qu'ils peuvent être rapprochés des symptômes que l'on observe après le cathétérisme de l'urèthre ou de l'utérus;

Que, dans les observations dont j'ai rapporté l'histoire, ils se sont pro-

---

Cette sanction, ou *baccalauréat d'études*, serait nécessaire à tout candidat aux écoles du gouvernement et aux facultés de l'Etat. Quant à l'élimination des *fruits secs* dès la sixième, je la considère comme une mesure d'utilité publique. Soyez plutôt maçon!

* * *

Le même jour a vu disparaître Pranzini et entrer M. Chevreul dans sa 102e année. Il est regrettable qu'on ne puisse allonger la vie de l'illustre savant des années qu'on a retranchées au robuste assassin. M. Chevreul, d'ailleurs, ne paraît pas avoir besoin pour le moment de ce surcroît de forces, car il a franchi d'un pas alerte ce nouvel anniversaire. Après avoir reçu dans la matinée une députation de ses compatriotes d'Angers, de cette Académie d'Angers dont nous ignorions absolument l'existence et dont il fait partie depuis 1826, il s'est rendu, à une heure, à la séance du Comité consultatif des arts et manufactures, où il a été l'objet d'une réception enthousiaste.

A trois heures, il est allé assister, comme toutes les semaines, à la Société d'agriculture de France, dont il est vice-président. Là aussi on était en fête, et lorsque M. Chevreul est entré dans la salle des séances, les applaudissements ont éclaté et toutes les mains se sont respectueusement tendues vers le glorieux centenaire.

MM. Lecouteux, président, et F. Passy, secrétaire perpétuel, lui ont offert des fleurs, et lui ont adressé quelques paroles de félicitations, auxquelles M. Chevreuil a répondu avec émotion. Il s'est ensuite assis au fauteuil présidentiel et a dirigé les débats de la séance avec la plus merveilleuse lucidité.

duits presque toujours, et peut-être même toujours, chez des femmes entachées de près ou de loin d'arthritisme ; qu'il n'y a sans doute là qu'une simple coïncidence ;

Que, pour toutes ces raisons, enfin, il nous paraît indiqué de réserver les injections intra-utérines pour les cas où l'indication s'impose ; car n'est-il pas à craindre que ces accidents, jusqu'ici bénins, ne prennent un jour une gravité plus grande ?

P. S. — Au moment où je termine ce travail, je lis, dans le numéro du 20 août 1887 du *Paris médical*, une série de faits analogues, mais non semblables, rapportés par le docteur Lagrange. Je suis heureux de cette coïncidence, car nos observations se trouvent ainsi contrôlées les unes par les autres.

REVUE DES JOURNAUX

Ataxie locomotrice au début, par Archinard. (*New-Orléans Journal*, février 1887). — Le docteur Archinard (de la Nouvelle-Orléans) rapporte deux cas d'ataxie dont les symptômes de début, minutieusement observés, méritent une courte mention en raison de leur singularité.

Chez l'un des malades, âgé de 45 ans, sans alcoolisme, ni syphilis, n'ayant d'autre tare héréditaire qu'une tendance de famille à la goutte, les symptômes de l'ataxie débutèrent vers le mois d'août de l'année dernière par une étrange sensation d'engourdissement de la paupière supérieure gauche, et des fourmillements, des picotements dans la face.

Ces accès douloureux, toujours très légers, revenaient d'une façon paroxystique, étaient plus marqués dans la soirée et quelquefois acquéraient assez d'intensité pour empêcher le sujet de dormir.

Ces sensations, d'abord limitées, s'étendirent peu à peu à toute la face et bientôt une névralgie faciale dans le territoire des nerfs sus et sous-orbitaires et des nerfs sous-maxillaires apparut avec tous ses caractères bien définis. Les dents, examinées, étaient parfaitement saines.

Quant à Pranzini, nous savons qu'après son exécution il a été transporté au cimetière d'Ivry, *vulgo* Champ-des-Navets, puis à la Faculté de médecine, où sa tête a été moulée. Puis diverses expériences ont été faites sur la face. Nous donnerons plus tard les détails de son autopsie, que nous ne connaissons pas encore exactement.

***

M. Clémenceau fait en ce moment une saison à Luchon. Les baignoires ordinaires n'étant pas suffisantes pour lui, on a mis à sa disposition la baignoire en argent dont s'est autrefois servi le prince impérial. Signe des temps ! M. Clémenceau n'est-il pas désigné pour présider aux destinées de la République comme le prince impérial l'était à cette époque pour celles de l'Empire ? Nous lui souhaitons une fin moins triste. En attendant, il fait des excursions dans les montagnes qui avoisinent Luchon. L'autre jour, il est pris d'une quinte de toux. Son guide s'arrête et lui dit :

« — Comment, Monsieur, vous toussez et vous venez à Luchon ? Ce n'est pas la peine. Voyez-vous, Monsieur, quand on tousse comme vous, il n'y a qu'un remède.

Et tirant de sa poche un étui de pastilles Géraudel :

— Tenez, Monsieur, acceptez-en, c'est ce qu'il y a de mieux quand on tousse. »

« Je vous donne ma parole d'honneur, écrivit M. Clémenceau à son médecin, que c'est textuel. » Simplissime.

Au bout d'un mois apparurent le ptosis de la paupière supérieure gauche, puis des nausées, des gastralgies, des vomituritions, des vomissements, des troubles de sensibilité dans le territoire du cubital droit. Les troubles gastriques furent amendés par des toniques et des eupeptiques, mais les troubles de la sensibilité et de la motilité suivirent leur marche ordinaire.

Dans le second cas, la symptomatologie débuta par des troubles de la miction. La malade ne pouvait plus uriner que goutte à goutte et fréquemment. Puis survint un trouble fonctionnel assez rare des paupières.

Ce trouble était constitué par une occlusion subite et paroxystique des paupières qui restaient fermées par un spasme violent.

Ce blépharospasme revient par accès plusieurs fois par jour. Il dure quelquefois trois et quatre heures de suite, et, pendant ce temps, la malade ne peut, même avec les doigts, maintenir ses paupières ouvertes. Force lui est de rester alors inactive pendant la plus grande partie du jour, et on est obligé de la guider dans ses déplacements comme si elle était aveugle.

Dernièrement, ce blépharospasme est devenu de plus en plus persistant; il laisse à peine une heure de répit à la malade dans la journée.

Quand le temps est très clair, les yeux restent ouverts plus longtemps. La pupille de l'œil droit a à peine la grandeur d'une tête d'épingle. La face est le siège d'un sentiment d'insensibilité et d'engourdissement joint à une sensation d'étroitesse des téguments.

La sensibilité est diminuée et la perception des sensations est retardée ; ultérieurement est apparu l'ensemble symptomatologique habituel de l'ataxie locomotrice.

L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Bouchard présente une note de MM. F. Jolyet, J. Bergonié et C. Sigalas, *sur un appareil pour l'étude de la respiration de l'homme :*

« Le problème complet de la respiration consiste à déterminer : 1° les quantités d'oxygène absorbé et d'acide carbonique exhalé par un animal ou par l'homme vivant dans les conditions normales ; 2° les variations de l'azote dans l'air expiré.

« La première question a été étudiée par un grand nombre de physiologistes. Quant aux variations de l'azote, les quelques expériences faites pour les déterminer ont laissé le problème irrésolu. Regnault et Reiset, observateurs si consciencieux et si précis, n'ont pas osé se prononcer définitivement. De plus, les desiderata qu'ils ont formulés à la fin de leur beau Mémoire de 1849, à savoir : l'étude distincte et simultanée de la respiration pulmonaire et de la respiration cutanée, d'une part ; d'autre part, l'étude complète de la respiration de l'homme, n'ont pas encore été comblés.

« Il nous a semblé que la meilleure méthode qui permette de doser tous les gaz de la respiration est celle dont l'idée première a été formulée par Lavoisier et qui a été appliquée par les deux savants que nous venons de nommer : « Faire vivre un animal pendant un temps suffisamment prolongé dans un espace clos où l'oxygène consommé « soit sans cesse remplacé par de nouvel oxygène et où l'acide carbonique expiré soit « absorbé sans cesse par une dissolution de potasse ». C'est donc ce principe qui nous a guidés dans la construction de l'appareil que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie.

« Il nous permet de faire respirer l'animal ou l'homme en expérience, pendant un temps indéfini, en étudiant à volonté la respiration pulmonaire et cutanée ensemble ou séparément, dans un espace aussi restreint que l'on voudra et dans des conditions physiologiques absolument normales.

« Il comprend quatres parties, communiquant entre elles et formant un espace clos et rigide : 1° une cloche dans laquelle le sujet en expérience respire ; 2° un système de

pipettes oscillantes, à glycérine ; 3° un appareil condenseur de CO^2 ; 4° un réservoir servant à fournir et à mesurer l'oxygène.

« Pour en faire comprendre en même temps la composition détaillée et le fonctionnement, supposons en train une expérience de respiration pulmonaire.

« Le sujet est muni d'un masque hermétique qui communique par un robinet à trois voies avec une des tubulures de la cloche. A une tubulure opposée est adapté un sac de caoutchouc de 1 litre de capacité. L'individu respire d'abord au dehors. Lorsque l'expérience doit commencer, on tourne convenablement la clef du robinet à trois voies, juste à la fin d'une inspiration. La première expiration dans la cloche est recueillie par le sac de caoutchouc, et par ce moyen, le sujet situé au dehors de la cloche se comporte comme s'il était inclus, c'est-à-dire sans y produire de modifications de pression autres que celles qui résulteront de la consommation graduelle de l'oxygène.

« L'air vicié de la cloche est entraîné par le mouvement des pipettes à glycérine (qui n'absorbe pas CO^2), dont le rôle unique est ici de le faire passer à chaque mouvement de va-et-vient à travers l'appareil condenseur de l'acide carbonique.

« Celui-ci se compose de deux flacons intercalés sur les tubes de communication des pipettes à la cloche ; ils renferment une dissolution titrée de potasse qui est violemment agitée et pulvérisée au moyen d'un mouvement rapide et saccadé communiqué par une bielle articulée au volant du moteur qui met les pipettes en mouvement.

« L'avantage de cette séparation des deux systèmes, pipettes et condenseurs, qui sont réunis dans l'appareil de Regnault et Reiset, est : 1° de pouvoir donner aux pipettes des dimensions assez grandes pour opérer une bonne circulation d'air, tout en permettant de restreindre au nécessaire les quantités de dissolution de potasse employées ; 2° par le fait de la pulvérisation de la potasse, de dépouiller instantanément l'air qui traverse les condenseurs de tout son acide carbonique.

« L'absorption de CO^2 tend à produire une diminution de pression utilisée pour faire un appel d'oxygène qui vient remplacer l'acide carbonique absorbé. Cet oxygène passe à travers un compteur-enregistreur, qui inscrit à mesure les quantités absorbées.

« On peut donner au taux de l'acide carbonique dans l'air de l'appareil toutes les valeurs possibles, en faisant varier le volume des pipettes et le nombre de leurs mouvements. On peut aussi connaître très simplement *a priori*, le volume des pipettes étant donné, quel doit être le volume de la cloche (variable à volonté) pour obtenir un taux choisi d'acide carbonique.

« Cette élasticité de l'appareil nous permettra d'étudier la manière dont varient les échanges gazeux respiratoires lorsqu'on fait varier le taux de CO^2 dans l'air inspiré, étude dont l'importance est facile à apercevoir. Elle nous permettra, de plus, de limiter la masse d'air servant à la respiration, de telle sorte qu'une quantité d'azote exhalée ou absorbée, fût-elle très petite, fasse varier notablement le taux de ce gaz.

« On empêche l'état hygrométrique de l'air respiré de s'élever au-dessus d'une certaine valeur, en disposant dans l'appareil un bain d'acide sulfurique. L'air expiré vient lécher la surface du bain et s'y débarrasse des matières organiques qu'il contient.

« Dans une prochaine Communication, nous ferons connaître à l'Académie les résultats de nos expériences, déjà nombreuses, sur la respiration de l'homme, et en particulier sur les variations de l'azote. »

— M. Moïse Lion soumet au jugement de l'Académie un mémoire *Sur les moyens d'éviter les collisions des navires.*

« L'auteur considère les signaux optiques d'une grande intensité comme les seuls qui présentent des garanties suffisantes de pénétration, par les temps de brume. A bord des navires en marche, le signal avertisseur devrait consister en un foyer électrique, dont la lumière serait projetée suivant un faisceau oblique à l'horizon, et mobile autour d'un axe vertical.

« L'auteur insiste sur l'avantage qu'il y aura à imprimer à la lumière un mouvement oscillatoire, pour en accroître la visibilité. »

FORMULAIRE

Poudre contre le chancre phagédénique de la vulve. — Terrillon.

Acide pyrogallique.......	10 grammes.
Poudre d'amidon...	40 —

Mêlez. — Dans le cas de chancre phagédénique de la vulve, avec des anfractuosités à prolongements multiples, on insuffle cette poudre au moyen d'un soufflet dans les profondeurs de la plaie. Les pansements sont renouvelés deux fois par jour. — La poudre doit être fraîche, et conservée dans un flacon bien bouché. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Statistique médicale. — Berlin possède 10 Sociétés médicales, 30 hôpitaux, avec 5,000 lits, une Ecole de médecine, 1,150 médecins, qui sont rétribués de 50 centimes à 5 francs par visite. New-York a plus de 30 Sociétés médicales, 46 hôpitaux, avec 6,000 lits, et environ 3,000 médecins, qui reçoivent 5, 10, et 15 francs par visite. (*The med. Rec.* 16 juillet 1887). — R.

Allemagne. — Une deuxième chaire d'anatomie appliquée va être créée à l'École vétérinaire de Berlin. Elle sera confiée au docteur prosecteur Schmaltz, qui sera lui-même remplacé par le docteur Disselhorst.

— Le professeur Billroth est aujourd'hui complètement rétabli et reprendra bientôt son poste à la Faculté de Vienne. — Ch. S.

COURRIER

Un hospice intercommunal fondé par les trois communes suivantes du département de la Seine : Fontenay-sous-Bois, Montreuil et Vincennes, va être créé à Fontenay-sous-Bois.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Douliot, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé préparateur près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale) en remplacement de M. Granjon, décédé.

— Aussitôt après avoir reçu l'ordre de mobilisation, les Compagnies d'Orléans et du Midi ont fait placarder dans leurs gares l'affiche ci-dessous :

Compagnies des chemins de fer de Paris a Orléans et du Midi

Essai de mobilisation du 17e Corps d'armée (Toulouse)

Avis au public

Les Compagnies des chemins de fer de Paris à Orléans et du Midi,

Vu le décret de réquisition de leur matériel pour l'essai de mobilisation du 17e corps d'armée ainsi conçu :

ESSAI DE MOBILISATION

Réquisition du matériel des Compagnies de chemins de Paris à Orléans et du Midi pour l'essai de mobilisation du 17e corps d'armée.

Le Président de la République a décrété ce qui suit :

Vu les dispositions du cahier des charges de la concession des chemins de fer d'intérêt général relatives à la réquisition par le gouvernement des moyens de transport dont disposent les Compagnies concessionnaires;

Vu l'article 26 de la loi du 24 juillet 1873 sur l'organisation générale de l'armée;

Vu le règlement général pour les transports militaires par chemins de fer, mis en

vigueur par décret du 1er juillet 1874 et modifié par décret du 29 octobre 1884, et notamment les articles 3 et 62 de ce règlement;

Vu la loi du 29 juillet 1887 autorisant le ministre de la guerre à procéder à une expérience de mobilisation dans une région de corps d'armée;

Considérant qu'il y a lieu de déterminer les mesures nécessaires pour assurer l'exécution des articles 84 et 85 dudit règlement;

Sur la proposition des ministres de la guerre et des travaux publics :

Article 1er. — Les Compagnies de chemins de fer d'Orléans et du Midi sont tenues de mettre immédiatement à la disposition du gouvernement, représenté par la commission supérieure des chemins de fer, tous les moyens de transports nécessités par l'essai de mobilisation du 17e corps d'armée.

Art. 2. — Les transports commerciaux, tant pour les voyageurs que pour les marchandises à grande et à petite vitesse, seront maintenus sur les zones des réseaux desdites Compagnies où s'opéreront les transports militaires, dans la limite que la commission militaire supérieure jugera compatible avec les exigences de ces transports.

Art. 3. — Les gares et stations des zones ci-dessus désignées pourront, à partir de la promulgation du présent décret, être fermées temporairement à l'expédition et à la réception des marchandises de grande et de petite vitesse. Leur fermeture et leur réouverture successives, s'il y a lieu, seront opérées sur un simple avis de la Compagnie intéressée, affiché à la porte de la gare. La commission militaire supérieure devra être informée par les Compagnies, au moyen du télégraphe, des modifications ainsi apportées au service de leurs gares et stations.

Art. 4. — Les marchandises à destination des gares et stations, dont la fermeture serait rendue nécessaire par les transports militaires, pourront d'office être camionnées au domicile des destinataires ou transportées dans un entrepôt public ou privé.

Les frais de séjour dans les gares ou dans entrepôts, ainsi que les frais de camionnage seront supportés par la marchandise, conformément aux tarifs des chemins de fer ou des entrepôts.

Art. 5. — Les délais prévus pour le transport et la livraison des marchandises enregistrées antérieurement à la promulgation du présent décret ou pendant la durée de la réquisition, pourront être prolongés de douze jours pour les envois en provenance ou à destination des gares des lignes requises ou devant transiter par ces lignes.

Cette prolongation de délai ne sera que de trois jours pour les envois d'animaux et les expéditions de denrées.

Les taxes à percevoir pour les marchandises auxquelles s'appliqueront les dispositions des paragraphes précédents du présent article seront les taxes réglementairement applicables par l'itinéraire normal.

Toutefois, sur la demande écrite de l'expéditeur, et si les Compagnies y sont consentantes, les marchandises enregistrées pendant la durée de la réquisition pourront être détournées de leur itinéraire normal. Dans ce cas, ces marchandises pourront être taxées, d'après les tarifs homologués, sur l'itinéraire réellement suivi; mais, par contre, les délais supplémentaires, indiqués ci-dessus, seront réduits respectivement à six jours et à deux jours.

Art. 6. — Par application de l'article 84 du règlement général du 1er juillet 1874, modifié par le décret du 29 octobre 1884, les Compagnies porteront, par voie d'affiches, à la connaissance du public celles des dispositions prises par elles pour assurer l'exécution du présent décret.

Lesdites affiches seront immédiatement communiquées à la commission militaire supérieure.

Art. 7. — Les ministres de la guerre et des travaux publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Ont l'honneur, par application de l'article 6 dudit décret, de porter à la connaissance du public les dispositions ci-après destinées à en assurer l'exécution :

1° Les lignes ou sections de lignes sur lesquelles s'opéreront les transports militaires sont :

Sur la Compagnie de Paris à Orléans :

De Brive à Toulouse, de Lexos à Montauban, de Cahors à Capdenac, de Cahors à Montauban, de Cahors à Monsempron-Libos, du Buisson à Agen, de Penne à Villeneuve-sur-Lot, de Bergerac à Marmande, d'Aurillac à Figeac.

Sur la Compagnie du Midi :

De la Réole à Carcassonne (ligne de Bordeaux à Cette), d'Agen à Rabastens (ligne d'Agen à Tarbes), d'Auch à Toulouse, de Toulouse à Lannemezan (ligne de Toulouze à Bayonne), de Montréjeau à Bagnères-de-Luchon, de Boussens à Saint-Girons, de Portet-Saint-Simon à Tarascon, de Montauban à Saint-Sulpice, de Port-Sainte-Marie à Condom.

2° Le service des voyageurs actuellement en vigueur sera maintenu, sans modifications, sur toutes les lignes des réseaux des deux Compagnies, y compris les lignes ci-dessus désignées.

Les transports commerciaux des marchandises à grande et à petite vitesse seront également maintenus sur lesdites lignes, sous les réserves des dispositions stipulées à l'article 5 du décret de réquisition.

3° Toutes les gares et stations des deux réseaux resteront ouvertes à l'expédition et à la réception des marchandises de grande vitesse.

Il en sera de même, en ce qui concerne l'expédition et la réception des marchandises de petite vitesse, sauf les exceptions ci-après :

Compagnie de Paris à Orléans

Cahors. — Le 5e jour de la mobilisation, gare fermée à midi.

Compagnie du Midi

Agen. — 3e et 4e jours, ouverte à 7 heures; 5e jour, fermée de midi à 3 heures.

Auch. — 2e jour, fermée à 2 heures; 6e jour, fermée à midi.

Carcassonne (gare de l'Estagnol seulement) (1). — 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e jours, fermée.

Castelnaudary. — 3e jour, fermée toute la journée; 5e jour, fermée à partir de 2 heures; 6e jour, fermée, 8e jour, fermée à partir de 2 heures.

Marmande. — 4e jour, fermée à 3 heures.

Montauban. — 2e jour, fermée à 4 heures; 6e jour, fermée jusqu'à 8 heures; 7e jour, fermée à partir de midi; 8e jour, fermée sauf de 9 h. 1/2 à midi; 9e, 10e, 11e jours, fermée.

Pamiers. — 6e jour, fermée toute la journée.

Villefranche. — 5e jour, fermée à midi; 6e jour, fermée jusqu'à 3 h. 1/2; 8e jour, fermée à midi; 9e jour, fermée jusqu'à 1 heure.

Les jours de mobilisation se comptent de minuit à minuit. Le premier jour de la mobilisation sera le 31 août 1887.

4° Les Compagnies se réservent d'ailleurs d'user, à titre exceptionnel, et si cela devenait nécessaire, des facultés résultant des dispositions des articles 3 et 4 du décret de réquisition.

Le directeur de la Compagnie de Paris à Orléans, E. HEURTEAU.

Le directeur de la Compagnie du Midi, E. BLAGÉ.

(1) Les fermetures indiquées ne concernent que la gare annexe dite de l'Estagnol et non la gare principale.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Un cas de conjonctivite diphthérique.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 juillet 1887

Par le docteur A. Trousseau.

Examen histologique par le docteur Jean Darier,

Chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

J'observais dernièrement (2 juin 1887), à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, service de M. le professeur Fournier, un jeune enfant, Emile G..., âgé de 2 ans, qui présentait une double conjonctivite diphthérique arrivée à la période ultime.

Le petit malade, profondément cachectique, succomba deux ou trois jours après ma visite. L'autopsie et l'examen histologique des pièces anatomo-pathologiques purent être pratiqués.

L'enfant était entré cinq semaines auparavant à l'hôpital Trousseau où il avait été traité pour une rougeole grave.

Au moment de son admission, les yeux étaient sains, ce n'est que pendant la convalescence de la fièvre éruptive qu'ils furent envahis par l'affection qui devait les détruire.

Les paupières avaient rapidement gonflé, étaient devenues dures et tendues sans grand écoulement de liquide par les fentes palpébrales, les cornées n'avaient pas tardé à se nécroser, et le petit être était sorti de l'hôpital encore fort souffrant des suites de la rougeole et définitivement privé de la vue.

Lorsque sa mère me le présenta, je fus frappé de l'aspect extérieur des paupières supérieures et inférieures de chaque côté. La face cutanée était recouverte par une ulcération serpigineuse à fond grisâtre, semée d'un piqueté rouge. Ceci ne devenait évident qu'après enlèvement, facile d'ailleurs, d'une couche de pus concret peu abondant. Aisément alors, je pus constater que l'ulcère entourait complètement les fentes palpébrales, qu'en de certains endroits il existait des îlots de peau saine, et que, dans les points où la coloration grisâtre était le plus marquée, le mal semblait en voie de propagation. Les frottements, même énergiques, entamaient peu le fond de l'ulcération et en détachaient difficilement quelques parcelles grisâtres.

En entrouvrant les voiles palpébraux, il ne s'écoula pas de pus, et je constatai que les cornées étaient ramollies, perforées, que les deux globes affaissés se trouvaient presque à l'état de moignons.

Je pus, sans trop de difficultés, retourner les paupières, et je fus frappé de l'aspect presque identique de la conjonctive et de l'ulcération cutanée. La muqueuse grise, infiltrée dans toute son épaisseur, offrait quelques ecchymoses et surtout un piqueté rouge tranchant sur le fond terne.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient tuméfiés, engorgés.

Il existait, en même temps, un coryza non diphthérique, quelques ulcé-

rations garnies de croûtes jaunâtres à la région sous-nasale et de petits ulcères verticaux, croûteux sur les lèvres.

L'enfant avait, au niveau de la bosse pariétale droite, un assez grand abcès, et, à l'avant-bras gauche, une vaste collection purulente.

Ecchymoses sur les malléoles.

La verge, tuméfiée, ecchymotique, offrait une balanite pseudo-membraneuse nettement diphthérique.

Pas trace de diphthérie dans le pharynx ni dans le larynx. Signes de bronchio-pneumonie.

Un peu d'albumine dans les urines.

La mère, soignée pour des accidents syphilitiques, raconta que son fils avait été traité dans les premiers mois de la vie pour des phénomènes de même ordre.

L'autopsie révéla l'absence de fausses membranes dans les voies respiratoires et la présence d'une bronchio-pneumonie suppurée très étendue qui avait été l'origine des abcès déjà signalés et du pus qu'on trouva dans l'articulation du coude droit. Il y avait eu infection purulente. Le rein droit avait de l'hydronéphrose, le gauche était hypertrophié.

Abcès dans la capsule surrénale droite.

Voici, *in extenso*, la note qui m'a été remise sur ce cas au point de vue histologique et bactériologique par le docteur Jean Darier, dont la compétence en ces matières est affirmée par ses travaux antérieurs. (*Des microbes de la bronchio-pneumonie diphthérique*, Société de biologie, 14 novembre 1885.)

Je laisse la parole à mon confrère :

Examen histologique. — L'enfant est mort le vingtième jour après le début des accidents oculaires. Les lambeaux de conjonctive que j'ai eus à ma disposition ont été recueillis sur le cadavre, vingt heures après la mort; à ce moment, par suite du retrait de l'œil, les culs de-sac conjonctivaux étaient largement béants et passablement desséchés à la surface. Les coupes, après durcissement par l'alcool, ont été faites dans le sens vertical, comprenant la conjonctive bulbaire, le cul-de-sac et la paupière inférieure.

Sur toutes les coupes, on constate qu'il existe une inflammation assez intense, surtout accentuée au niveau du cul-de-sac et sur la conjonctive palpébrale. Cette inflammation est caractérisée par des lésions de l'épithélium et du chorion de la muqueuse.

L'*épithélium* semble faire défaut sur quelques points assez limités, mais il peut avoir été détaché artificiellement au cours des manipulations nécessaires à la préparation, Presque partout on le retrouve représenté soit par des couches peu nombreuses de cellules aplaties entre lesquelles sont engagées de nombreuses cellules migratrices, soit par une couche d'épaisseur normale, mais dont les cellules sont fortement altérées. Elles sont granuleuses, leurs limites ne sont pas distinctes et les noyaux ont en grande partie perdu la propriété de fixer les matières colorantes. Le tout forme une couche finement granuleuse, colorée en jaune par le picrocarminate, et, comme nous le verrons plus loin, toute remplie de micro-organismes divers.

Le *derme* de la muqueuse est infiltré d'éléments embryonnaires abondants et distribués d'une façon diffuse. Mais la zone d'inflammation intense n'est pas très épaisse, elle se limite à peu près au chorion de la conjonctive et ne dépasse pas, sur la paupière, par exemple, le niveau des premiers acini de la glande de Meibomius. Dans les couches plus profondes, les tissus renferment moins de cellules embryonnaires, et celles-ci ne forment de véritables amas qu'autour des vaisseaux. Un fait frappant aussi, c'est la dilatation énorme des capillaires de la couche la plus superficielle du derme; on voit leur lumière béante, gorgée de sang, venir presque au contact de la couche épithéliale.

En somme, il s'agit d'une inflammation intense, mais assez limitée de la conjonc-

tive avec une lésion de l'épithélium impossible à bien déterminer, dans les conditions défavorables où l'on se trouve. Rien ne permettant d'affirmer que cette inflammation soit de nature diphthérique, j'ai pensé que l'examen bactériologique pourrait donner quelques indications à ce sujet. D'autre part, j'avais, il est vrai, constaté à l'autopsie l'absence de toute fausse membrane dans le pharynx, le larynx et les canaux trachéo-bronchiques; mais j'avais recueilli une petite ulcération à surface pseudo-membraneuse siégeant sur le prépuce et s'étant produite trois jours avant la mort. Cette lésion méritait d'être examinée comparativement avec la conjonctivite.

Examen bactériologique. — L'exsudat pseudo-membraneux pris sur la conjonctive pendant la vie du malade, écrasé entre deux lamelles, desséché et coloré, soit par le bleu de méthylène, soit par la méthode de Gram, fourmillait littéralement de microbes de toutes sortes. J'y ai trouvé sans doute des amas de bacilles courts, à extrémités arrondies, à grains terminaux plus colorés, mais je n'oserais, sur ces caractères morphologiques, affirmer qu'il s'agisse des micro-organismes de Lœffler.

Les coupes de la conjonctive colorées par les mêmes procédés ou par la safranine montrèrent les mêmes micro-organismes en abondance dans toute la couche épithéliale altérée. Mais je ne pus retrouver la disposition des microbes habituelle dans les fausses membranes diphthériques. Le derme n'en contenait pas ou fort peu.

Ulcération du prépuce. — De la dimension d'une lentille, elle siégeait sur le bord libre du prépuce, envahissant un peu ses faces dermique et muqueuse. Sur les coupes colorées au picrocarminate on voit, en commençant l'examen du côté de la peau, les papilles disparaître au niveau de la lésion. L'épithélium offre à ce niveau une altération spéciale; tout infiltré qu'il est de cellules migratrices, sa limite profonde est peu nette, les cellules semblent gonflées, leur noyau est peu coloré; il en résulte une couche épaisse jaunâtre granuleuse et irrégulière qui, sur la face muqueuse, reprend brusquement les caractères de l'épithélium normal.

Dans le derme, on note une dilatation vasculaire considérable, surtout marquée immédiatement sous la fausse membrane, et donnant presque l'impression d'un tissu caverneux. Quelques lymphatiques extrêmement dilatés se reconnaissent au milieu de ces vaisseaux à leur forme irrégulière, à leur paroi formée d'une seule couche de cellules plates, à leur contenu composé de globules blancs et d'une substance granuleuse amorphe. Ces différents vaisseaux sont séparés par du tissu conjonctif lâche contenant d'abondants éléments embryonnaires. Ici, encore, l'inflammation est assez superficielle et ne s'étend pas à toute l'épaisseur du prépuce.

Sur les coupes colorées par la méthode de Gram, on reconnaît la présence d'une multitude de microbes dans la région ulcérée; à la surface de la couche pseudo-membraneuse, on ne peut déterminer leur forme; plus profondément, on trouve des bacilles courts abondants et des microcoques. Il y en a jusque dans le derme lui-même au-dessous de l'ulcération sous forme d'amas arrondis formés uniquement de micro-organismes ronds.

En résumé : L'examen des lésions prises à l'autopsie dans une saison chaude, dont l'une (la conjonctive) était arrivée à un stade très avancé de son évolution morbide, ne permet pas de poser des conclusions bien fermes, surtout quand il s'agit d'une question aussi délicate que celle de la diphthérie.

Cependant, de l'exposé que nous avons fait, de la concordance des lésions sur la conjonctive et sur le prépuce, inflammation intense, mais superficielle, avec congestion et lymphangite, grande abondance de micro-organismes à la surface seulement, il ressort que l'on peut avec quelque probabilité imputer ces lésions à la diphthérie, quoique la preuve n'en soit pas absolument faite. On ne devra pas s'étonner de l'absence de fausses membranes purement fibrineuses, puisque l'on sait que, sur la peau et sur les muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié, la fausse membrane se fait aux dépens de l'épithélium lui-même.

On le voit par les conclusions que je viens de lire, le docteur Darier n'a pas voulu se prononcer absolument sur la nature diphthérique des lésions,

quoiqu'il ait réuni un très grand nombre de signes de probabilité; en tous cas, il eût été presque tenté d'affirmer l'existence de la diphthérie préputiale.

J'ai demandé à mon collègue s'il pouvait rapporter les lésions observées à une autre cause que la diphthérie, et il a dû me répondre qu'il ne le pensait pas.

Il a rencontré dans les produits un grand nombre de bactéries; on sait que c'est là le fait qui (négatif, je l'avoue) avait frappé les premiers observateurs.

Cliniquement, j'affirme que mon malade a présenté tous les symptômes d'une conjonctivite diphthérique vraie.

Le cas que je viens de rapporter m'a paru intéressant à plus d'un titre.

En effet, les observations de conjonctivite diphthérique vraie, avec autopsie et examen histologique, sont rares. Bien souvent on a pris de simples conjonctivites pseudo-membraneuses pour des affections diphthériques. Il ne faut pas oublier qu'il peut se faire sous diverses influences, à la surface de la conjonctive, un exsudat grisâtre, peu adhérent, qu'il faut se garder de confondre avec les produits de la diphthérie qui s'incorporent à la muqueuse. Autant la première variété est relativement bénigne, autant la seconde est grave. Les diverses médications proposées (liquides antiseptiques, iodoforme, jus de citron) ont pu souvent guérir la première; elles n'ont qu'exceptionnellement empêché la seconde d'évoluer vers sa terminaison fatale.

La localisation de la diphthérie est ici digne d'attention. Epargnant les points qu'elle frappe habituellement, elle s'est portée sur les yeux et sur la verge, se montrant néanmoins impitoyable.

S'est-elle, malgré son siège, compliquée de bronchio-pneumonie, d'albuminurie? A-t-elle tué par infection générale? Voici ce qu'il est difficile d'établir, à cause de la rougeole préexistante qui peut bien avoir engendré les complications mortelles.

Un dernier point est à mettre en évidence; trois facteurs ont pu avoir un rôle étiologique : la cachexie chez un enfant déjà anémié par la syphilis congénitale; la fièvre éruptive, coutumière de ce genre de méfaits et, enfin, le milieu hospitalier, où l'enfant a été exposé à la contagion, et qui, peut-être, demeure seul responsable de l'accident.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Résection de l'estomac et du pylore, par M. le docteur Iginio Tansini. — Le 2 juillet dernier, M. le docteur Tansini, chirurgien en chef de l'hôpital de Lodi, pratiquait avec succès sur un Milanais la résection du pylore et d'une partie de l'estomac atteint de cancer. L'opération, faite avec toutes les précautions antiseptiques, s'est terminée par la guérison complète du malheureux patient dix-huit jours après ce grave traumatisme. (*Gazzetta medica italiana-lombardia*, n° 30.)

L'antipyrine contre la douleur, par M. le docteur Ugo Bassi, médecin de l'hôpital de Dolo. — Ce n'est pas contre l'hyperthermie que M. le docteur Ugo a expérimenté l'antipyrine, mais contre la douleur, et il a réussi à la dose de 2 ou 3 grammes, donnée 1 gramme à la fois un ou deux jours de suite, à enrayer des douleurs de toute nature dans les cas les plus graves où tous les autres hypnotiques avaient échoué. L'ab-

sorption du médicament est rapide; son action, très prompte, est durable et la tolérance parfaite; il n'y a jamais eu d'accident par l'usage prolongé de ce médicament, que notre maître G. Sée a du reste parfaitement étudié et fait connaître il y a déjà longtemps dans le même sens. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 55.)

Sur la présence des bacilles de la tuberculose dans le sang, par M. le professeur DE RENZI. — Accueillie par quelques médecins comme une conséquence logique de la généralisation de la tuberculose, niée par d'autres avec la même conviction, la présence du bacille de Koch dans le sang était jusqu'ici encore à démontrer. C'est cette étude qu'a poursuivie M. le professeur de Renzi au moyen de nombreuses expériences sur les animaux les mieux disposés à servir de pierre de touche. Le sang de plusieurs phthisiques, de plusieurs malades atteints de méningite tuberculeuse a été injecté à des sujets absolument sains, lapins, chèvres, chiens, etc. A plusieurs reprises, toutefois, les expériences n'ont pas donné les résultats attendus, ce que l'auteur explique par la plus ou moins grande résistance spéciale des animaux mis en expérience et aussi par la quantité très minime des bacilles contenus dans le liquide sanguin. D'autres faits, par contre, ont démontré pleinement la justesse de vues de l'expérimentateur italien, qui explique la propagation des bacilles de la tuberculose du sang aux méninges et aux autres organes, par les conditions favorables où se trouvent cesdits organes comme terrains de culture. Il est donc bien prouvé maintenant que le sang contient des bacilles tuberculeux et peut, sous cette forme, les introduire et les faire naître dans d'autres organismes absolument sains. (*Rivista clinica e terap.*, 1887)

Injections parenchymateuses de sublimé dans le lupus; guérison, par M. le docteur Iginio TANSINI, chirurgien en chef de l'hôpital de Lodi. — Une jeune fille était atteinte depuis deux ans environ, d'un lupus hypertrophique du nez. La maladie avait résisté à tous les traitements et envahissait peu à peu toute la région nasale. L'auteur pensa d'abord à employer le raclage avec la cuiller coupante mise en usage à cet effet, mais il recula devant la crainte de défigurer cette jeune fille par une cicatrice trop apparente. En somme, le lupus étant une forme de tuberculose localisée, et le bacille de Koch ne résistant pas au contact direct du sublimé, comme le prouve un certain nombre de faits de guérison de la phthisie par les injections intra-pulmonaires du sel mercurique, il y avait lieu d'espérer que la guérison du lupus surviendrait aussi à la suite de ce traitement. C'est ce qui arriva, en effet, après quelques injections de sublimé (une dizaine environ). Ces injections déterminèrent peu d'inflammation et finirent par amener une guérison définitive sans qu'il y ait eu pour ainsi dire de douleurs et sans rien sacrifier à l'esthétique de la région.

Le sublimé a donné des résultats tout aussi satisfaisants dans le traitement de la conjonctivite granuleuse entre les mains de M. le docteur Charles Staderni, aide à la clinique oculistique à l'Université de Vienne, dirigée par M. le professeur Guaita, dont ce médecin, depuis plusieurs années, poursuivait l'étude et dont nous avons déjà eu l'occasion de parler l'année dernière en rendant compte d'un travail de M. le professeur L. Guaita, publié dans les *Annales italiennes d'ophthalmologie* (1886, fasc. 4°). L'antisepsie montre cette fois encore toute sa puissance et nous réserve sans doute pour l'avenir de nouvelles et d'aussi heureuses surprises. La solution qui doit être employée est de 1 gramme pour 400 d'eau distillée; les applications ne doivent être faites qu'une fois par jour, au moyen d'une plume, jusqu'à la complète guérison; c'est, d'après les nombreuses observations de l'auteur, le remède spécifique du trachome. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 47.) — MILLOT-CARPENTIER.

Sociétés médicales des départements

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON, PREMIER SEMESTRE 1887.

Les premières séances de l'année ont été occupées par les discussions relatives au traitement de la phthisie pulmonaire par la *méthode de Bergeon.*

M. Delore a obtenu deux succès; M. Bondet a été beaucoup moins heureux. A l'aide d'observations qui ont été prises, 10 dans le service de clinique médicale, 2 en ville, il démontre l'intolérance de certains malades pour les lavements gazeux, leurs résultats le plus habituellement transitoires et passagers dans les effets qu'ils produisent, leur inefficacité absolue dans certaines formes de phthisie, leur inutilité en tant que spécifiques de la phthisie pulmonaire. Sur ses 12 malades, il a eu 2 améliorations et pas une seule guérison. Pour lui, la méthode s'adresse surtout à l'élément catarrhal et sécrétoire de la maladie, et peut amener chez certains malades avec un retour de l'appétit, un retour aussi des forces et de l'embonpoint. M. Delore fait remarquer que la présence d'hémorrhoïdes ou d'ulcérations intestinales est une contre-indication à l'emploi des lavements gazeux.

Après un important travail de M. le professeur Pierret sur les *troubles paralytiques chez les ataxiques*, nous avons à signaler la communication de M. Glénard sur *l'emploi de la sangle pelvienne dans l'entéroptose*. Il suffit, pour la confectionner, d'une bande de tissu élastique de 12 centim. de largeur et de 70 centim., de longueur dont les extrémités sont munies de bandelettes élastiques parallèles formant une croix. Appliquée sur l'abdomen, elle combat efficacement les troubles variés qui résultent du relâchement des parois du ventre.

Quand on peut supposer une intoxication acide, M. Lépine combat le *coma diabétique par le bicarbonate de soude*. Il eut, dans un fait qu'il rapporte à la Société, un succès incomplet, et n'hésiterait pas, le cas échéant, à injecter jusqu'à 50 grammes de bicarbonate en solution dans l'eau tiède.

La difficulté qu'il y a à *fixer les sondes à demeure* a conduit M. Poncet à adopter le procédé suivant : il emploie un fil de catgut ou de caoutchouc qu'il attache par suture au prépuce chez l'homme, aux petites lèvres chez la femme. On peut ainsi agir de la même manière pour fixer les drains dans les plaies.

M. Ollier, dont les recherches sur les *résections sous-périostées* sont connues de tous, a pratiqué cette opération pour une ankylose du coude consécutive à une ostéite infectieuse de l'extrémité inférieure de l'humérus. Il présente le malade à des confrères qui peuvent constater le succès qu'il a obtenu.

Peut-on donner sans inconvénient *l'antipyrine dans la fièvre typhoïde de la grossesse?* Malgré la préférence de M. Vincent pour les bains froids, M. Clément la préconise et il rappelle, en l'approuvant, l'opinion de Neltz, Cahn, Chiora et bien d'autres qui la regardent comme favorable parce qu'elle diminue l'agitation fébrile du fœtus.

Une des communications les plus importantes est celle de M. F. Teissier sur *l'albuminurie intermittente cyclique des jeunes sujets*, basée sur dix observations complètes. Ce qui caractérise, dit-il, l'albuminurie cyclique, c'est que les urines des malades atteints de cette affection ne contiennent de l'albumine qu'à un moment donné de la journée, généralement deux à trois heures après le repas du matin. La quantité de l'albumine varie généralement de 5 à 20 centigr. et on la décèle avec l'acide nitrique ou les réactifs d'Esbach et de Tanret bien plus qu'avec la chaleur. Il y a d'abord deux heures après le repas, production abondante de matières colorantes, puis ensuite albuminurie. Après la disparition de l'albumine, les malades éliminent une grande quantité d'urée. Les symptômes subjectifs manquent ou sont constitués par des malaises vagues, de la faiblesse, des douleurs erratiques, des palpitations, des vertiges, etc. Il y a toujours une grande excitabilité nerveuse et abaissement de la pression artérielle qui est de 16,17 c. de mercure. En général, la santé se conserve bonne en apparence, et la guérison complète peut être obtenue; quelquefois il y a des rechutes. L'affection se montre chez les sujets jeunes et frappe toujours les fils de goutteux et de rhumatisants. Cette maladie, pour M. Tessier, rentre dans le cadre des albuminuries d'origine hépatique; les malades qui en sont atteints sont probablement tous destinés à devenir goutteux, et le traitement doit être surtout hygiénique.

Un des cas les plus curieux de *greffe par approche* est celui rapporté par M. Poncet. Une jeune fille de 15 ans présentait un vaste ulcère de la jambe consécutif à une brûlure; le chirurgien prit un lambeau à l'union de la cuisse et de la fesse, il mesurait 16 c. c. et le pédicule chargé de l'alimenter avait 15 centim. carrés. Une douzaine de

jours après l'opération le pédicule fut coupé en trois fois, et alors le lambeau se recroquevilla, le résultat terminal n'en fut pas moins excellent. M. Poncet insiste sur ce fait anormal qu'il y eut retour de la sensibilité dans le lambeau après section du pédicule.

L'étendue de l'important mémoire de M. Gubian sur *la fièvre typhoïde* ne nous permet que d'en résumer les conclusions. Ayant observé une épidémie dans l'Isère, il admet qu'il y a eu contagion directe et indirecte et communication des germes infectieux par l'air, sans qu'on soit fondé à recourir à l'intervention de l'eau d'alimentation. Il a vu réussir différents modes de traitement et a préféré la méthode mixte, éclectique, autrement dit celle des indications; il a eu 3 décès sur 31 cas, ce qui prouve une fois de plus que toutes méthodes peuvent guérir.

Les *tubes acoustiques* peuvent jouer un certain rôle dans la transmission de la syphilis, aussi M. Viennois présente-t-il un appareil qui peut être spécial à chaque employé. Il se compose de deux portions : l'une est cylindrique, fixe et adhérente au tube de caoutchouc; l'autre, à forme évasée, est mobile et se visse sur la première.

Dans un cas de fracture compliquée des deux os de la jambe droite suivie de pseudarthrose, M. Poncet tenta la *greffe osseuse massive* et prit la greffe sur la jambe d'un employé de chemin de fer broyée par une machine; on fut forcé plus tard d'amputer, mais l'examen de la pièce montra que la greffe avait réussi et que probablement elle aurait donné ensuite des résultats favorables. S'il avait pu se servir d'un péroné ou d'un radius d'enfant, le succès aurait certainement été complet. Citons encore la présentation par M. Poncet d'un malade auquel il a enlevé un énorme *épithélioma en chou-fleur occupant toute la lèvre inférieure;* il a pu pratiquer l'autoplastie à l'aide d'un lambeau pris dans les régions sus et sous-thyroïdienne, et le résultat est parfait. Le même chirurgien a fait l'arthrotomie pour un corps étranger intra-articulaiire du genou d'origine osseuse et de nature traumatique; la guérison a été complète en vingt jours.

M. Ollier présente un opéré de *résection du genou.* Le malade est resté vingt-huit jours dans le premier pansement, et la température n'a jamais dépassé 38°; le membre est solide et la marche facile, à condition de corriger le raccourcissement inévitable par une chaussure à semelle épaisse. M. Ollier s'occupe aussi de la *thyroïdectomie;* il en a fait cinq partielles et a eu une mort par bronchite; dans un cas, il a dû pratiquer la ligature de la carotide primitive. Il signale aussi une observation de cautérisation de goître kystique dans la maladie de Basedow; il y eut récidive au bout de cinq ans, et la seconde opération entraîna la disparition de tous les symptômes de la maladie. En opposition à ce cas, M. Tissier cite un fait où l'ablation d'un goitre eut pour résultat de faire apparaître des palpitations, de l'exophthalmie, du diabète et enfin une cachexie qui devint mortelle.

M. Girin rapporte un cas d'*hémiplégie gauche* sans déviation de la face ni de la langue et sans trouble de la sensibilité qui apparaît chez une jeune femme de 26 ans à la suite d'un travail excessif. Elle a été précédée de violents maux de tête et s'est accompagnée de mouvements choréiformes surtout manifestes dans les membres paralysés et de crises éclamptiques. Il pense qu'il s'agit d'un cas d'hémiplégie hystérique.

M. Lavirotte fait le récit d'une épidémie de scarlatine qui s'est développée dans sa propre famille.

M. Rambaud signale une épidémie de *pneumonie* observée par M. Rondet (de Neuville) au Dépôt de mendicité. Il y a eu 53 morts sur 67 cas.

Nous croyons devoir insister sur la communication de M. Teissier relative au *mal perforant des valvules aortiques des ataxiques.* Il a eu l'occasion de pratiquer deux autopsies qui sont venues corroborer l'opinion déjà émise par lui, à savoir que les perforations que l'on rencontre sur les valvules aortiques sont des troubles trophiques de même nature que le mal perforant du pied. Chez un des malades, l'insuffisance aortique ne se trahissait que par un souffle diastolique à la pointe; le foyer d'auscultation de l'aorte était sain. Le tracé cardiographique était caractéristique. Le deuxième malade était atteint d'hémiplégie avec dégénérescence secondaire. Il mourut subitement à la suite d'une perforation de l'intestin. Tous deux avaient des perforations des valvules.

A propos d'un cas d'*occlusion intestinale*, M. Delore fait remarquer que le collapsus, si

fréquent dans l'obstruction, doit être comme celui que l'on rencontre dans les maladies infectieuses, d'origine microbienne. Au point de vue du traitement, il regarde l'opération hâtive comme ayant le plus de chances de réussir.

M. Poncet, dont le nom revient souvent dans les procès-verbaux de la Société, présente une malade âgée de 26 ans sur laquelle il a pratiqué avec succès une *résection tibio-tarsienne gauche* pour une ancienne fracture vicieusement consolidée. Il a obtenu l'ankylose, et il regarde cette terminaison comme devant être recherchée. Il montre ensuite un calcul bizarre d'oxalate de chaux formant une boule couverte de pointes, d'aspérités aiguës. Il a été extrait par la taille hypogastrique de la vessie d'un jeune homme de 18 ans; M. Poncet fait remarquer à ce propos que la part de l'alimentation est évidente dans l'étiologie des calculs, et que, sur 10 malades atteints de la pierre qui entrent à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il en est bien 7 ou 8 qui viennent de la Bourgogne.

M. Gubian lit un intéressant travail sur les *eaux de La Motte*, étudiées plus particulièrement au point de vue de leurs indications, c'est-à-dire dans le rhumatisme articulaire chronique, dans la scrofule, ainsi que dans les diverses formes de maladies utérines. Il termine par quelques considérations sur les différents modes d'application de ces eaux, si efficaces et si dignes de susciter les réflexions d'un excellent praticien et d'un esprit aussi éclairé qu'indépendant.

La question des *injections gazeuses rectales* est de nouveau portée devant la Société par un mémoire de MM. Perret et Chappet, qui ont traité 18 malades à l'hôpital de la Croix-Rousse. On injectait, matin et soir, trois litres d'acide carbonique qui traversaient une demi-bouteille d'eau sulfureuse, le plus souvent artificielle; dans 4 cas, l'eucalyptol fut substitué à l'hydrogène sulfuré; on se servit de l'appareil Morel. Les conclusions du mémoire sont que les injections rectales ne paraissent pas jouir d'une action microbicide et que, dans certains cas, elles peuvent devenir le point de départ de poussées aiguës qui se montrent dans le cours du traitement. D'autre part, elles peuvent modifier les phénomènes bronchitiques et diminuer l'expectoration, elles agissent sur la nutrition, mais surtout dans les formes apyrétiques au même titre que les autres médicaments, et enfin elles répondent à des indications particulières.

M. Lépine rapporte *deux cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte traités par la méthode de Moore*. Dans le premier cas, à la suite de l'échec de différents traitements, et sous la menace d'une rupture du sac, il enfonça une aiguille de Pravaz très fine dans la tumeur et introduisit par l'orifice un crin de Florence long d'au moins 30 centimètres, et préalablement trempé dans l'huile phéniquée; il fit pénétrer quinze crins semblables. Le malade succomba quelques jours après aux progrès d'une complication pulmonaire ayant débuté avant l'opération. L'autopsie montra le sac rempli de caillots mous.

Chez le second malade, M. Lépine fit pénétrer à travers la paroi du sac un ressort de montre dont il abandonna 35 centimètres dans l'anévrysme. La tumeur s'affaissa et il n'y eut comme complication qu'un petit abcès sous-cutané. Le bénéfice fut considérable.

M. Pierret fait une communication sur une affection à laquelle il a donné le nom de *tabès moteur*. Dans le vertex existe une zone psycho-motrice caractérisée par la présence de cellules pyramidales; de ce point partent des fibres qui se dirigent vers le corps strié (premier relai), puis de là vers le pédoncule cérébelleux moyen (deuxième relai). Ces fibres s'entrecroisent au niveau des pyramides, passent dans les cordons latéraux (troisième relai), puis aboutissent en dernier lieu aux plaques terminales. Il existe une forme de démence paralytique sans atrophie et, dans ce cas, on trouve au-dessus et au-dessous de la protubérance une double sclérose sans lésions des cornes antérieures.

Nous appelons l'attention sur le mémoire de M. Perret relatif à la *pneumonie expérimentale*. Les inoculations ont été faites avec le concours de M. Rodet. De ses recherches, l'auteur tire les conclusions suivantes : L'expérimentation vient à l'appui de la clinique, qui, en s'appuyant sur les faits d'épidémicité et de contagion, établissait la nature infectieuse de la pneumonie. M. Perret reconnaît qu'il a été moins heureux que beaucoup d'auteurs avant lui. Est-ce parce qu'il n'a pas trouvé les microbes de Friedlander et de Talamon? Dans tous les cas, chez deux ânes, on a pu provoquer une pneumonie catarrhale très étendue. Or, ces résultats sont importants, ainsi que le faisait

observer M. le professeur Chauveau, si l'on réfléchit à la difficulté que l'on éprouve à obtenir quelques noyaux broncho-pneumoniques avec les liquides pathologiques les plus variés, et que, d'un autre côté, dans ces deux cas, ces lésions ont coïncidé avec le développement de phénomènes généraux graves. M. Perret est convaincu que la pneumonie peut être produite par des microbes différents; c'est ce qu'il avait vu déjà lors de ses expériences sur l'endocardite infectieuse, où, dans le courant de l'endocardite, sa malade prit une pneumonie. Or, la culture de végétation de l'endocarde et de l'exsudat pneumonique ne lui montra qu'un seul et même microbe très fin et très mobile.

Nous signalerons en terminant un dernier cas de *résection du genou* communiqué par M. Ollier. Pratiquée pour une ostéo-arthrite avec collection purulente à trajets fistuleux, elle fut suivie de la réunion des fragments sous un seul pansement. S'appuyant sur une autre observation personnelle, M. Ollier dit que, d'une manière générale, trente ou trente-cinq jours peuvent suffire pour amener une consolidation réelle. En résumé, la résection du genou est devenue, grâce à l'antisepsie, une opération qu'on ne doit plus qualifier de dangereuse, et, d'autre part, par la réunion des fragments sous un seul pansement, le traitement a été considérablement simplifié. — Paul Chéron.

FORMULAIRE

Traitement de la laryngite glandulaire chronique. — Gordon Holmes.

Dans le cas d'inflammation intense, le traitement local consiste en inhalations chaudes de vapeurs, chargées des principes médicamenteux suivants : benjoin, conium maculatum, huile de pin. — Dans les cas particulièrement tenaces, on a recours à des insufflations intra-laryngées de poudres astringentes (alun, acide gallique, borax, cachou, etc.). En outre, on fait faire au malade, dans le courant de la journée, plusieurs inhalations de vaporisations astringentes, d'une durée de cinq minutes chaque fois. — Enfin, si les granulations existent en nombre considérable, il faut les détruire au moyen du crayon de nitrate d'argent, que l'on porte sur elles, à l'aide d'une sonde et du miroir laryngien. — Afin de combattre l'état strumeux habituel des malades, on leur administre à l'intérieur l'huile de foie de morue et les préparations ferrugineuses. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le troisième Congrès des médecins russes aura lieu à Saint-Pétersbourg en avril 1888.

— La deuxième réunion de l'Association internationale contre l'abus des boissons alcooliques se tiendra du 8 au 10 septembre. Il y aura trois séances qui, en égard au programme, ne suffiront probablement pas.

C'est le directeur Millet qui parlera sur la première question du monopole. La deuxième question, Valeur nutritive des boissons alcooliques, sera traitée par le docteur Ch. Drysdale (de Londres). — La troisième, Résultats des asiles de buveurs, par M. Hirsch. — La quatrième, Consommation des liqueurs non alcooliques, par MM. Rochat et Kaiser. — La cinquième, État de la question de l'alcool en Allemagne, par M. le docteur Miquel, etc., etc.

— L'état sanitaire des Indes devient inquiétant : Un nombre considérable de cas de choléra ont été constatés en juin et juillet dans les seules provinces du Nord.

Cuba. — A Saint-Iago, 400 personnes ont été atteintes de la fièvre jaune en juillet; il y a eu 102 décès. La variole a fait plus de victimes encore : sur 1,000 cas, elle a causé 371 morts.

Service médical de nuit a Berlin. — La capitale prussienne possède onze postes de secours (Sanitats wachen) d'un fonctionnement et d'une organisation fort différents.

Quelques-uns sont pourvus de deux médecins, d'autres d'un médecin et d'aides médicaux (Heilgehilfen), d'autres, enfin, ne possèdent que des aides médicaux. Un seul de ces postes fonctionne aussi le jour, les dix autres ne font qu'un service de nuit. La plupart donnent des soins et secours dans les cas d'attaques subites de mala 'ie et dans tous les accidents qui ne souffrent aucun retard. Quelques-uns cependant se bornent à faire prévenir le médecin qui doit immédiatement répondre à toute réquisition des malades. On a senti qu'il était temps de donner plus de cohésion et d'uniformité à ces institutions des secours de nuit. Le docteur Pistor, medicinalrath, s'est activement occupé de la question. Son but était de donner à ces postes médicaux une organisation uniforme avec un comité central pour imprimer l'impulsion ; de pourvoir tous les postes de médecins de pansements antiseptiques avec un matériel suffisant de transport pour les blessés (brancards, voitures, etc.)

Mais, pour arriver à ce résultat désirable, il fallait que la ville prît en main la direction et l'administration des postes de secours. Quand la question arriva au Conseil municipal, les avis étaient fort partagés. Les uns trouvaient bon d'abandonner les postes de secours à la charité privée. D'autres opinaient pour l'urgence d'une réforme ou tout au moins le besoin d'une subvention. Ce fut ce moyen terme qui fut adopté. La ville ne consentit pas à se charger des postes de secours, mais elle vota une somme de 10,000 marks (12,500 francs) à répartir entre eux suivant leurs besoins.

Étudiants dans les Universités prussiennes. — Le nombre des étudiants qui ont fréquenté les neuf Universités du royaume prussien a augmenté pendant le dernier semestre de cette année. Il s'est élevé à 13,573. Berlin en compte 4,654 ; Halle, 1,529 ; Breslau, 1,406 ; Bonn, 1,323 ; Greifswald, 1,115 ; Gœttingen, 1,108 ; Marbourg, 1,009 ; Kœnigsberg, 862 et Kiel, 567.

3,872 étudiants sont incrits dans les Facultés de médecine, c'est-à-dire 105 de plus que l'année précédente. Les étudiants en médecine de Berlin ont été au nombre de 1,140 ; à Greifswald, 528 ; à Breslau, 390 ; à Bonn, 371 ; à Halle, 330 ; à Marbourg, 303 ; à Kiel, 292 ; à Kœnisberg, 270, et 248 à Gœttingen.

Nombre des auditeurs et étudiants des Universités autrichiennes. — Pour le semestre d'hiver de 1887-1888, le nombre des étudiants inscrits s'élève à 5,456. La Faculté de médecine compte 2,178 auditeurs ordinaires et 490 extraordinaires, ce qui fait un total de 2,668 médecins ou étudiants fréquentant les cours. De ce nombre, 334 sont étrangers et se répartissent ainsi : 66 américains, 50 russes, 28 allemands, 64 roumains, 82 serbes, 9 bulgares, 15 suisses, 8 italiens, 6 suédois, etc. On peut voir par ces chiffres que le nombre des auditeurs étrangers s'est notablement accru.

En présence de l'écrasante et toujours croissante abondance de la correspondance et des affaires portées devant le doyen des Facultés, force a été de créer de nouveaux employés. Ce sont les secrétaires de Facultés qui n'ont, bien entendu, que des fonctions bureaucratiques. — Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Prix de l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : prix, M. Mouillade ; mention honorable, M. Bourdin. — Deuxième année : mention honorable, MM. Lucy et Malafosse. — Troisième année : prix M. Gaudier. — Quatrième année : prix, M. Audry.

Pharmacie. — Première année : prix, M. Moreau ; première mention, M. Bourcet ; deuxième mention, M. Defretière. — Deuxième année : prix, M. Ducher.

École de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Noguès, professeur de clinique interne, est nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Variot est nommé médecin de l'infirmerie centrale des prisons du département de la Seine, en remplacement de M. le docteur Albert Josias, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Frison, médecin principal en retraite, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Bastia.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Fraysse (de Lacapelle-Marival), maire de sa commune et conseiller général depuis 1871, vice-président du conseil général ; Grammaire, médecin de l'état civil du Xe arrondissement ; Rousseau (Jean-Baptiste), ancien interne des hôpitaux de Paris (1815), mort à Épernay, où il était chirurgien de l'hôpital, médecin de la Maison d'arrêt, médecin du chemin de fer de l'Est et vice-président de l'Association des médecins de la Marne ; Demeaux (d'Aix-les-Bains); Pinet (de Pont-de-l'Arche).

Hospices civils de Marseille. — Résultat des examens et du concours de fin d'année et de fin d'études des élèves sages-femmes de la Maternité de Marseille.

Sur la proposition du jury d'examen, la Commission administrative des hospices a accordé les prix suivants :

1er prix *ex-æquo*, une médaille en vermeil : Mmes Mouren et Langasco.

2me prix, une médaille en argent : Mlle Véran.

Prix de vigilance clinique, une médaille en bronze doré : Mme Lotta.

Prix d'encouragement, un ouvrage (traité des accouchements). Mlle Blanc (Marie-Ernestine), élève de première année.

A la suite de cet examen, 9 élèves se sont présentées devant la Faculté de Montpellier pour obtenir leur diplôme de sage-femme.

Ont été admises : Mlle Mouren, diplôme de première classe avec la mention très bien ; Mmes Languasco, Véran, Lotta, Cardy et James, diplôme de première classe avec la mention bien ; Mmes Boyer, Marron et Blanc (Joséphine) diplôme de première classe avec la mention assez bien.

— On vient de commencer, rue Crozatier, derrière l'hôpital Saint-Antoine, et rue Staël, entre la rue Lecourbe et la rue de Vaugirard, dans le voisinage de l'hôpital des Enfants-Malades, les travaux de construction des stations de voitures qui seront installées dans ces deux endroits pour le transport des personnes atteintes de maladies contagieuses.

Chacune de ces stations recevra douze voitures qui seront affectées aux maladies suivantes : deux pour la variole, deux pour la diphtérie, deux pour la rougeole, deux pour la scarlatine, deux pour la fièvre typhoïde et les deux dernières aux autres affections, coqueluche, érysipèle, etc.

Les écuries seront construites pour recevoir six chevaux, mais elles n'en renfermeront que deux en temps normal. S'il arrive que l'on manque de chevaux, un cocher de fiacre sera requis dans la rue pour effectuer, avec son cheval, le transport du malade.

Des infirmières, logées dans les hôpitaux voisins, seront attachées à chaque station. Le personnel se composera d'un gardien chef, de deux cochers, dont un marié, pour que sa femme puisse être femme de service. Ils seront tous logés aux dépôts ou stations et nourris aux frais de la Ville.

La construction de chaque station comprendra un logement pour le gardien chef, deux pour les cochers, une salle de garde, un bureau avec installation téléphonique, une cuisine, un réfectoire, six remises pouvant contenir chacune deux voitures et une écurie pour six chevaux.

Quant aux voitures elles seront construites de façon à permettre à un infirmier de s'asseoir au chevet du malade.

La préfecture de police conservera la centralisation des demandes de voitures, mais elle devra informer de chaque demande l'administration de l'Assistance publique, qui seule sera en mesure de connaître le nombre des lits disponibles dans chaque hôpital spécial. (*Semaine médicale.*)

Bulletin bibliographique.

Le célèbre physiologiste allemand, M. W. Preyer, a consigné d'intéressantes observations dans son ouvrage **la physiologie spéciale de l'Embryon, considéré chez l'homme et chez les animaux.** Il étudie d'abord la circulation du sang dans l'être avant sa naissance et montre comment à cette fonction viennent s'ajouter la respiration, la nutrition, les sécrétions et la production du calorique. A la suite viennent de curieuses recherches sur les phénomènes électriques, la motilité, le développement des sens et la croissance de l'embryon. La traduction de cet ouvrage est due au docteur Wiet, ex-préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Ce livre a pour complément naturel le travail du même auteur l'*Ame de l'enfant*, dont la traduction faite par le docteur H. de Varigny a paru il y a quelques mois, et dans lequel il expose les manifestations psychiques et les Facultés du nouveau-né dans l'espèce humaine, ainsi que leur développement. Ces deux ouvrages sont destinés à éclaircir l'origine des manifestations de la vie de l'homme par leur comparaison avec les fonctions des animaux et présentent une des plus belles applications de la science expérimentale à la physiologie et à la psychologie. 1 beau vol. grand in-8° avec 9 pl. coloriées hors texte. — Prix : 16 francs, franco par poste.

Cet ouvrage se trouve chez M. Félix Alcan, éditeur.

La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une **Bibliographie des sciences médicales** (1 vol. in-8° de 500 pages. Prix, franco par la poste : 2 fr. 50, payables en timbres-poste français ou étrangers). Par les indications nombreuses et précises qu'elle renferme, cette publication rendra de grands services à tous les médecins désireux de se tenir au courant de la littérature médicale ancienne et morderne, française et étrangère ; elle est indispensable aux bibliothécaires qu'elle renseignera sur le lieu, la date de publication, le nombre de pages, de figures et de planches de chaque ouvrage et sur leur prix courant en librairie ; elle sera précieuse enfin pour tous ceux qui voudront écrire ou savoir ce qui a été écrit sur un sujet spécial, grâce à l'*Index méthodique* placé en tête du volume, où l'on trouve la liste des principaux auteurs qui ont étudié chaque question. Pour les ouvrages importants, MM. J.-B. Baillière et fils donnent même souvent un extrait de la table des matières ou de la préface des auteurs.

De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie, par M. le docteur Dubuc. In-8°. — Prix : 75 centimes.

Cet ouvrage se trouve à la librairie A. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par le docteur Albert Veillard. 1 vol. grand in-8°. — Prix : 4 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain.

Hypnotisme. Double conscience et altérations de la personnalité, par le docteur Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Préface par le professeur J.-M. Charcot, membre de l'Institut. 1 vol. in-16 de la Bibliothèque scientifique contemporaire. — Prix : 3 fr. 50.

Compendium-annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1887, par E. Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, etc. Huitième année. 1 vol. in-8° de 240 pages. — Prix : 4 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

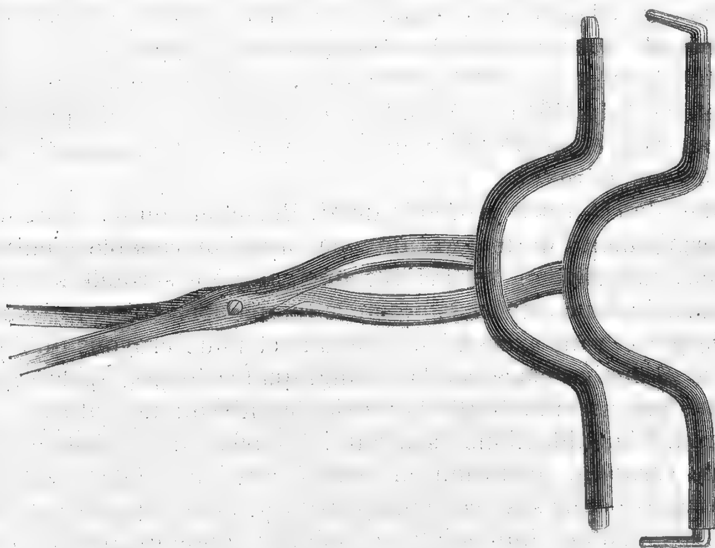
Note sur la cure radicale du varicocèle par la résection simple bilatérale du scrotum

Par le docteur Edmond Wickham, ancien aide d'anatomie de la Faculté.

Grâce à l'obligeance de deux de nos maîtres, les docteurs Reclus et Brun, chirurgiens des hôpitaux, et d'un de nos confrères de la ville, le docteur Picard, nous avons eu, depuis quelques mois, l'occasion de pratiquer la cure radicale de plusieurs varicocèles par la résection simple bilatérale du scrotum, en suivant d'une façon générale les règles opératoires que nous avons mentionnées dans un mémoire lu à la Société de médecine de Paris au mois de février dernier (1).

Cela nous a amené à faire subir quelques modifications, tant à notre instrument qu'à notre manuel opératoire, modifications qu'il nous semble utile de publier aujourd'hui, vu les succès auxquels elles nous ont permis d'arriver, et les insuccès que nous aurions probablement enregistrés si nous avions persisté dans notre première manière de faire.

Ainsi qu'il est possible de le constater, en examinant la figure ci-contre,



nous avons augmenté la longueur de la portion horizontale des mors de notre pince, et de plus nous avons ajouté aux deux extrémités de l'un des mors une petite branche transversale. Par suite de cette transformation, nous n'avons plus la crainte de voir le scrotum filer au dehors des extrémités des mors du clamp, en s'étalant sous l'influence de la pression ; la peau des bourses se trouve emprisonnée dans un véritable bracelet.

(1) Voir l'*Union médicale* du 3 mars 1887.

L'instrument placé dans la situation sur laquelle nous ne croyons pas nécessaire d'insister de nouveau, nous installons à travers le scrotum, le long du bord des mors qui regarde les anneaux, quatre à cinq épingles à suture ordinaires que nous enlevons lors du deuxième pansement; elles sont destinées à empêcher le glissement de la peau des bourses entre les mors du clamp, ainsi qu'il sera facile de le comprendre par la suite.

Puis, nous faisons passer à travers les parois scrotales, sur le même plan que les épingles, une série de crins de Florence, distants les uns des autres d'un centimètre environ; nous réunissons les divers chefs sur quatre pinces à forcipressure, de façon à simplifier l'instrumentation et à ne pas encombrer le champ opératoire.

Ensuite nous excisons le scrotum avec les précautions que nous avons ailleurs indiquées.

Cette résection une fois terminée, nous diminuons progressivement, au moyen des anneaux et des crans d'arrêt, la constriction produite par les mors de l'instrument, jusqu'à ce que la circulation artérielle soit manifestement rétablie; nous faisons alors, suivant les cas, une, deux ou trois ligatures au catgut.

Le sang étanché, nous nouons les crins de Florence; l'opération est terminée.

C'est, sur les conseils de notre maître et ami Brun, que nous avons substitué la suture au crin de Florence à la suture entortillée à épingles; on obtient ainsi une réunion plus parfaite, sans hernie de tissu cellulaire entre les lèvres de la plaie, et, de plus, on n'observe pas de dilacération consécutive comme avec les épingles. Mais cette substitution nous a démontré que, dans le manuel opératoire employé par notre maître le docteur Horteloup, le mode de suture profonde n'amène pas la suppression de l'hémorrhagie artérielle et que cet effet est dû à la disposition de la suture superficielle, suture entortillée à épingles. Cette erreur d'interprétation est applicable au manuel opératoire dont nous avons donné la description dans notre dernier mémoire (1).

Si les tubes de la suture profonde de M. Horteloup ou les mors de notre clamp déterminaient sur le scrotum une pression capable d'entraver le cheminement du sang dans les artères, une gangrène scrotale s'ensuivrait; nous ne saurions donc trop insister sur le temps opératoire, qui consiste à desserrer la pince, sans excès bien entendu, et nous croyons qu'il est bon de laisser le clamp en place pendant vingt-quatre heures, parce que cela diminue dans une certaine limite la tension au niveau des sutures.

Ces différentes modifications assurent la réussite de la résection simple bilatérale du scrotum, opération en résumé aussi facile dans son exécution que peu grave dans ses accidents possibles; nous rappellerons en terminant que les résultats immédiats ou éloignés, obtenus jusqu'à ce jour, autorisent à considérer cette méthode indirecte de cure radicale du varicocèle comme aussi efficace que celle qui consiste à agir directement sur les veines du cordon.

(1) *Loc. cit.*

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Par H. STAPFER, ex-chef de clinique d'accouchements.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — AVRIL 1887.

Note sur un cas de contracture chez un enfant, par le docteur A. RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé, accoucheur de Beaujon. — Les accoucheurs qui ont observé chez des enfants nés morts une certaine rigidité ont invoqué, pour expliquer cet état, soit une contracture survenue dans les derniers temps de la vie intra-utérine, alors que l'enfant était encore vivant, soit la rigidité cadavérique.

Dans un des travaux les plus récents, parus sur la question, M. Dagincourt (thèse de Paris, 1880) écrit dans sa deuxième conclusion : qu'il n'est pas prouvé que le fœtus puisse être atteint de spasme cadavérique.

Un fait observé par le docteur Ribemont-Dessaignes prouve que ce spasme peut exister. Une femme de son service d'hôpital est accouchée d'un enfant vivant, immobilisé par une contracture des plus marquées. La colonne vertébrale était rigide; la tête tournée à gauche; les deux bras collés sur les parties latérales du thorax; l'avant-bras gauche fait un angle droit avec le bras et est dirigé en dehors. La main gauche est fortement fléchie. Tous les doigts ont la phalange dans l'extension, tandis que les phalangines et phalangettes sont plus ou moins fléchies. L'avant-bras droit est étendu. La main droite est dans l'extension; les doigts sont fléchis dans la paume de la main.

Du côté des membres inférieurs, il existe une différence d'attitude analogue.

Les deux cuisses sont fléchies sur le bassin; mais tandis que la jambe droite est également étendue sur la cuisse, de sorte que le membre inférieur tout entier est relevé et appliqué sur le plan antérieur du corps, la jambe gauche est fléchie et croise la cuisse droite. Le pied droit est dans la flexion, le gauche à demi étendu. Il est à peine possible, en y mettant une certaine force, de faire prendre aux membres ou aux segments du membre une attitude différente. Le fœtus, abandonné à lui-même, reprend de suite son attitude contracturée. La rigidité est telle qu'on peut croire, à première vue, à des ankyloses multiples. Ce fœtus est mort et, vingt-quatre heures après, toutes les articulations étaient devenues souples. La contracture est donc évidente. L'enfant était petit, 1,750 grammes, et l'œuf contenait un excès de liquide.

L'ovariotomie au Samaritan free Hospital for women and children; Bantock contre Thornton et la propreté contre l'antisepsie, par H. VARNIER. — C'est au Samaritan Hospital que Spencer Wells fit sa seconde ovariotomie en 1858. C'est là qu'il poursuivit pendant vingt ans, avec moins de six ou huit lits à sa disposition, une série de 468 cas hospitaliers, la mortalité diminuant toujours. Il opéra pour la dernière fois en 1877. Il se faisait un cas de conscience de laisser la place aux jeunes.

Ses assistants, MM. Bantock et Thornton, lui succédèrent et, en cinq ans, firent plus d'opérations que leur maître n'en avait fait en vingt années.

Thornton était fervent disciple de Lister. Bantock commença par le listérisme, puis finit par l'abandonner. Il fit une charge à fond contre l'antisepsie. Thornton, en réponse, communiqua à la *Royal medical and chirurgical Society*, le 14 décembre 1880, une statistique de 172 cas de laparotomie antiseptique. La mortalité était tombée à 4 p. 100 (chiffre atteint dans les 75 dernières ovariotomies). Il insistait sur la nécessité de suivre rigoureusement la méthode de Lister, à l'exclusion de ce que l'on nomme le listérisme modifié. Il y a des difficultés et même des dangers, disait-il, dans l'application de la méthode; mais plus le chirurgien a d'expérience, plus il les évite et plus complets sont ses succès. Le drainage est inutile.

Bantock, loin d'être converti, réduisit de plus en plus le listérisme, et, de réduction en réduction du titre de la solution phéniquée, il arriva à ne plus employer que de l'eau tiède.

C'est le résultat de cette pratique qu'il a publié dans la *Lancet* des 12 et 16 mars der-

nier, M. Thornton ayant fait une nouvelle communication sur 300 nouveaux cas d'ovariotomie et 20 d'incisions exploratrices dans lesquels se trouve une série non interrompue de 400 ovariotomies sans une mort par septicémie.

La statistique de Bantock est la suivante : sur 100 ovariotomies, 5 morts. Sur les 90 dernières, 3 opérées seulement ont succombé; sur les 55 dernières, une seule est morte. Enfin, les 45 dernières ont guéri sans exception.

Il emploie le drain et le lavage à grande eau de la cavité péritonéale après l'opération. Il insiste sur la nécessité de ne pas retirer le drain trop tôt. Quand la décharge arrive à un demi-drachme de sérum ambré, il est indiqué de l'enlever.

Dans 22 cas, la cavité péritonéale, et surtout la portion pelvienne, a été lavée avec de l'*eau ordinaire* chaude, *non stérilisée, et contenant encore par conséquent les 36 bêtes de Lawson Tait*. On verse l'eau avec un pot à l'eau. On évite ainsi l'épongement excessif. Cette méthode serait due à Lawson Tait, et Bantock la regarde comme un grand progrès. J'ai foi, dit-il, dans la propreté et non dans les propriétés spécifiques de l'acide phénique, beaucoup plus dangereux que bienfaisant.

M. Varnier conclut par les lignes suivantes :

« Ces faits sont à coup sûr intéressants, mais on ne peut que regretter les succès de Tait et de Bantock.

L'apparence est pour eux, mais, jusqu'à nouvel ordre, il semble que ce qu'ils font doive être considéré comme un tour de force.

Il est, en tous cas, prématuré de dire, comme Playfair, que cette méthode est contraire à la théorie aseptique qui a servi de point de départ à la méthode listérienne, étant donné le peu qu'on sait des *36 bêtes* de l'eau, de leur biologie, de leurs propriétés pathogènes, etc.

Si bien que, quelque désir que nous ayons d'être agréables à M. Bantock, dont l'hospitalité et l'affabilité tranchent avec la morgue britannique de Thornton, nous ne pouvons nous empêcher de regretter qu'à l'heure actuelle, les apparences soient pour lui, contre Lister et son école. Il sera cause que maints chirurgiens encore réfractaires vont se croire autorisés à mourir dans l'impénitence finale. Dieu sait ce qu'il en coûtera à leurs malades, car Bantock aurait pu faire figurer à l'actif de sa méthode une dextérité merveilleuse. En d'autres mains, et dans un milieu moins aseptique que Samaritan Hospital, les expériences qu'il poursuit depuis dix ans auraient donné des résultats déplorables.

Qui sait d'ailleurs si ces chiffres, dont il est si fier aujourd'hui, n'auraient pas été atteints depuis longtemps, si, au lieu de céder à l'impression résultant de ses débuts dans l'antisepsie, il avait, comme son ami Thornton, persévéré? Car enfin les statistiques de celui-ci prouvent que les dangers de la méthode de Lister sont loin d'être ce qu'on les avait crus.

Nous ne voulons donc, jusqu'à plus ample informé, retenir qu'une chose du travail de Bantock, c'est que l'antiseptique n'est pas tout dans la méthode listérienne; que la minutie et la propreté qu'elle impose ont une importance extrême; fait utile à rappeler à ceux qui croient être listériens parce qu'ils emploient les linges de Lister, l'acide phénique ou le sublimé. »

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — MARS, AVRIL 1887.

De l'intervention dans les présentations de la face, par le docteur DE SOYRE, ex-chef de clinique d'accouchements. — Presque tous ceux qui se sont occupés d'accouchements, à peu d'exceptions près, ont considéré, jusqu'au commencement de ce siècle, la présentation de la face comme un accouchement contre nature, et ont conseillé d'intervenir d'une manière ou d'une autre au début du travail pour éviter que cette partie de l'enfant ne s'engage la première. M[me] La Chapelle, si elle n'a pas été la première à s'élever contre ce sentiment général, a été certainement, parmi les personnes les plus autorisées, celle qui a le plus éloquemment plaidé en faveur de l'abstention, disant que : « l'accouchement par la face devait être le plus souvent abandonné à la nature ». Cette manière de voir, qui fut bientôt acceptée par la plupart des accoucheurs français, comme Moreau, Stoltz, Paul Dubois, est encore aujourd'hui celui de l'école contempo-

raine. On est cependant moins confiant que Mme La Chapelle. Depaul, Pajot, Tarnier, Charpentier admettent que, dans certains cas, cette présentation est cause des difficultés qui rendent le pronostic moins favorable que dans l'accouchement par le sommet.

Le docteur Boisleux, dans sa thèse inaugurale, a trouvé que, sur 89 accouchements spontanés et à terme, l'enfant se présentant par la face, il y avait eu 1 enfant mort sur 22.

Si la mortalité est relativement restreinte quand l'enfant naît spontanément, combien les conditions sont différentes quand on est obligé d'intervenir! Dans cette même statistique de la clinique d'accouchements, nous trouvons, dit le docteur de Soyre, que, sur 44 interventions, on eut 17 enfants morts et 25 vivants. Ce qui donne une mortalité de 43 p. 100, plus de 2 enfants morts sur 5, presque la moitié!

Un autre point de vue qui mérite également de fixer l'attention, c'est le nombre élevé des interventions dans ce genre de présentation. Ainsi le docteur Boisleux note que sur 145 présentations de la face, 44 ont nécessité l'intervention, c'est-à-dire 1 sur 3, ou à peu près.

Ainsi, d'une part, dans la présentation de la face, on est obligé d'intervenir plus souvent que dans la présentation du sommet; d'autre part, les conséquences de l'aide instrumentale ou manuelle sont graves pour l'enfant. Le docteur de Soyre laisse de côté la mère, beaucoup moins compromise de nos jours qu'elle ne l'était autrefois, grâce à l'antisepsie.

Des deux termes de la proposition qui précède, à savoir : 1° dans les présentations de la face, on est souvent obligé d'intervenir; 2° l'intervention a des résultats déplorables au point de vue de la vie fœtale; la première est d'abord étudiée par le docteur de Soyre qui se demande quelles sont les causes de si nombreuses interventions.

Sur les 44 cas où l'on a cru devoir aider la parturiente, on trouve d'abord 2 observations de femmes chez lesquelles le forceps fut appliqué avant l'entrée à l'hôpital. Les 2 enfants naquirent morts. Ils vinrent au monde spontanément à la Clinique.

M. le docteur de Soyre fait observer que bien des accoucheurs diront que si l'on n'était pas intervenu, le travail se serait probablement terminé seul par la naissance d'enfants vivants; mais que rien ne prouve que l'intervention n'ait pas été tentée parce que les battements du cœur fœtal étaient troublés.

Deux autres fois l'intervention a été rendue nécessaire par le défaut de rotation dans la position postérieure. L'un des enfants naquit vivant, l'autre mort.

Dans 7 cas où le forceps fut appliqué pour insuffisance des contractions, 6 fœtus se présentaient en position postérieure. Il est bien possible que ce soit encore l'impossibilité du mouvement de rotation qui ait épuisé la femme et nécessité l'intervention. MM. Blot, Bailly, Depaul, de Soyre, opérèrent. Les 7 enfants vinrent vivants.

Un autre enfant volumineux, pesant 4,600 grammes et se présentant en M. I. G. A., fut extrait vivant par Paul Dubois.

Dans 3 observations où l'on note 2 enfants morts et 1 vivant, le forceps fut appliqué pour ralentissement des battements fœtaux.

La procidence des membres ou du cordon a été cause de 7 interventions dans lesquelles 3 enfants vinrent au monde vivants et 5 morts. Les 3 enfants vivants furent obtenus par la version. La viciation du bassin, dans 21 observations, a donné 7 enfants vivants et 14 morts. La céphalotripsie fut pratiquée 8 fois, le forceps avec ou sans crâniotomie 13 fois.

En résumé, l'intervention dans la présentation de la face a donné une mortalité considérable. Près de la moitié des enfants ont péri.

Le docteur de Soyre ne pense pas que les positions postérieures aggravent le pronostic. Il se fonde sur ce fait que dans 72 cas où la tête fœtale se trouva dans cette position, sans complication de procidence ou de vice de conformation, 63 fois l'accouchement fut spontané. Il n'y eut que 9 interventions.

L'auteur constate que les interventions faites en ville ont toujours été au moins infructueuses. Cela tient, à son avis, à trop de précipitation. On a agi quand il fallait rester tranquille et attendre.

Le temps le plus long, le plus difficile et le plus dangereux dans les présentations de

la face, c'est le premier temps. Si l'on intervient alors avec le forceps, on opère avant que la déflexion soit complète. De là les difficultés et les insuccès. M. de Soyre pense que, dans ces interventions trop hâtives, la mort du fœtus est souvent due au trouble apporté par les manœuvres à l'exercice de la contractilité utérine. L'utérus resterait souvent, à la suite de ces tentatives, en état de contracture tétanique.

Les choses étant telles, on devrait poser en règle de ne jamais intervenir avant que la déflexion soit complète, et, par conséquent, la face engagée dans l'excavation ; mais on n'est pas toujours maître de rester ainsi dans l'inaction. L'état de la mère ou de l'enfant peuvent commander l'opération. Dans ces conditions, M. de Soyre repousse le forceps et pense qu'il y a plus d'avantages à employer la version pelvienne. Je sais bien, dit M. de Soyre, qu'on me reprochera de substituer aux dangers de la présentation de la face, les dangers plus grands de la présentation du pelvis. Mais je répondrai que pour l'enfant, dans ce cas, la situation n'est pas comparable à celle qu'il occupe dans la présentation pelvienne.

Quant à la mère, depuis l'emploi des antiseptiques, les dangers sont bien diminués. Ne fait-on pas sur l'utérus des opérations bien autrement graves que la femme supporte sans la moindre réaction? Nous voyons dans notre statistique que, dans les 3 cas où la version a été employée, il y eut trois enfants vivants, et encore est-il bon de noter que, dans ces observations, le travail était compliqué de diverses procidences, cordon ou membres, ou cordon et membres. Il est probable que, dans un cas semblable, le professeur Dubois, qui opéra, aurait eu un enfant vivant par la version, puisque la mère était multipare, qu'il put réduire le cordon en procidence, et que, malgré l'insuccès en de telles mains d'une application de forceps qui fut suivie d'un arrêt des contractions utérines, la femme n'en accoucha pas moins toute seule d'un enfant mort pendant le travail, après l'intervention de professeur.

Enfin le traité des accouchements de Mme Boivin pour les opérations pratiquées à la Maternité de Paris, dit que, sur 12 versions pratiquées dans les présentations de la face, on eut 11 enfants vivants, et la seconde statistique de Mme Lachapelle indique 7 versions dans la présentation de la face, ayant donné 7 enfants vivants. Il me semble, conclut M. de Soyre, que ces résultats sont assez encourageants.

M. de Soyre se demande ensuite s'il faudrait agir de même dans les rétrécissements du bassin à terme. L'Ecole de Paris repousse absolument la version dans de telles conditions. Il est évident, en effet, que, dans un bassin rétréci, si l'enfant présente le sommet, il a de bien plus grandes chances de vie. En outre, pendant tout le temps de l'accommodation de la tête fœtale, la circulation utérine n'étant pas interrompue, l'entant n'a pas à souffrir de ce fait. Il n'en est plus de même quand la tête vient la dernière. La diminution de volume de l'utérus, le retrait graduel de cet organe entrave graduellement la circulation utéro-placentaire, sans compter la chance de compression de cordon.

Si les choses sont, dans les bassins viciés, entièrement en faveur de la présentation du sommet, en est-il de même dans les présentations de la face?

J'ai démontré, dit M. de Soyre, qu'il était difficile d'engager la face avec le forceps dans un bassin normal. Je ne vois pas pourquoi ce serait plus facile dans un bassin vicié.

Le professeur Dubois, chez une multipare dont le bassin avait 8 centim. 1/2, fit une première application de forceps. Ne réussissant pas, il se fit suppléer par Campbell qui ne fut pas plus heureux. Trois heures plus tard, une nouvelle application de forceps amena l'extraction *facile* d'un enfant vivant.

Les choses se passent toujours ainsi. L'intervention ne devient facile qu'après l'engagement, c'est-à-dire quand la déflexion est complète.

Donc, les vices de conformation légers ne changent rien à la ligne de conduite de M. de Soyre. Si, au contraire, on a affaire à une trop grande disproportion entre le fœtus et la filière, c'est à la céphalotripsie qu'il convient d'avoir recours.

Après une dernière observation dans laquelle l'auteur a mis en pratique ses idées, il termine par les conclusions suivantes :

1° Dans les présentations de la face, il faut se bien garder d'intervenir trop hâtivement.

Bulletin bibliographique.

Les leçons d anatomie et les peintres hollandais aux XVIe et XVIIe siècles, avec deux eaux-fortes, par M. le docteur Paul TRIAIRE. Ouvrage d'amateur tiré à petit nombre. — Prix : 3 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Quentin, 7, rue Saint-Benoît.

2° Il peut arriver cependant qu'on soit obligé d'intervenir, l'orifice utérin étant, bien entendu, dilaté ou dilatable.

3° L'intervention devra différer suivant le degré d'avancement du mécanisme de l'accouchement.

4° Toutes les fois que le tête ne sera pas engagée dans l'excavation, c'est la version pelvienne qu'il convient de pratiquer, à moins d'une disproportion trop marquée entre le volume de l'enfant et les dimensions de la filière pelvienne.

5° Si, au contraire, la face est engagée, on aura recours au forceps.

A part quelques erreurs de chiffres dues sans doute à la typographie, quelques considérations qui prêtent à la critique et certains passages à compléter, il y a d'excellentes choses dans le mémoire que nous venons de résumer.

Je me rappelle qu'il y a dix ans, alors que l'ancienne école d'obstétrique était absolument opposée à la version dans la présentation de la face, et que la jeune école encore au berceau jurait sur la parole des maîtres (elle n'est plus maintenant aussi opposée à la version que le pense M. de Soyre), je me rencontrai, tout au début de mes études d'obstétrique, avec un de nos meilleurs praticiens des campagnes, M. le docteur Mercié, de Mer (en Loir-et-Cher). Comme je lui disais qu'il devait redouter les présentations de la face : « Nullement, me répondit-il, j'interviens par la version, les conditions nécessaires existant, aussitôt que possible, et je réussis dans des cas où d'autres médecins ont échoué avec le forceps. »

Notons, en terminant, que M. Tarnier conseille de tenter la flexion de la tête quand elle n'est pas engagée. Cette manœuvre, autrefois tentée, était tombée dans l'oubli.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — 30 MARS 1887.

(*Extrait de la Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

Du gavage des nouveau-nés, par le docteur Bar, accoucheur de l'hôpital Tenon. — On sait combien il est parfois difficile d'alimenter les enfants nés avant terme. Tantôt ils se refusent à prendre le sein, tantôt ils n'ont pas le sentiment de la faim et font à peine quelques mouvements de succion. On peut leur faire prendre du lait à l'aide d'une cuiller; mais c'est là un procédé infidèle, car souvent ils rejettent le lait et dépérissent rapidement. Dans ces cas, il est indiqué de recourir au gavage. Appliquée pour la première fois aux enfants nés avant terme par M. le professeur Tarnier, cette méthode a donné des résultats remarquables à la Maternité et dans la plupart des services d'accouchement. Voici comment on met le gavage en pratique.

A. Liquide employé. — *Le liquide alimentaire qu'il convient d'employer doit être du lait de femme.* — Tous les autres laits sont plus ou moins défectueux. Après le lait de femme vient le lait d'ânesse; le lait de vache vient en seconde ligne.

Le lait d'ânesse ne doit pas être bouilli, on le conservera dans un endroit frais. Avant de le faire prendre, on le chauffera au bain-marie. Le lait de vache ne sera jamais employé pur, et M. Tarnier recommande de le préparer ainsi : 1° dissoudre 5 grammes de sucre dans 100 grammes d'eau; 2° mélanger un quart de lait de vache pur avec trois quarts de cette eau sucrée; 3° faire chauffer le mélange de préférence dans une marmite américaine, plongée pendant une demi-heure dans l'eau bouillante; 4° décanter le liquide ainsi stérilisé et le passer dans un vase bien propre de verre ou de porcelaine.

B. Appareil de gavage. — L'appareil usité à la Maternité est des plus simples et consiste dans la cupule en verre d'un bout de sein artificiel de M. Bailly, auquel on adapte une sonde uréthrale n° 14 de Charrière.

Nous avons souvent construit un appareil de gavage plus maniable, dit l'auteur, en nous servant d'un petit entonnoir en verre gradué.

C. Comment gaver? — On verse le mélange dans l'appareil; puis le récipient et le tube étant remplis de liquide, on exerce une pression sur le tube un peu au-dessous du récipient, de façon à suspendre tout écoulement par l'extrémité inférieure de la sonde. L'enfant étant couché sur les genoux, la tête modérément étendue, le médecin qui tient l'appareil de la main gauche, saisit l'extrémité de la sonde avec la droite et

après l'avoir mouillée, l'introduit dans la bouche, en la dirigeant vers le fond de celle-ci.

Il suffit alors de la pousser doucement pour qu'elle glisse dans l'œsophage. Lorsque 15 centimètres de la sonde environ ont dépassé les lèvres, l'extrémité du tube a pénétré dans l'estomac. L'opérateur cesse de presser sur les parois de la sonde, et le liquide coule dans les voies digestives. Si l'enfant est très petit, on injectera, suivant le conseil de M. Tarnier, seulement 8 à 10 grammes de liquide, c'est-à-dire la quantité que contient la cupule de bout de sein de M. Bailly. L'appareil vidé, on retire rapidement la sonde pour éviter la régurgitation.

Cette petite opération se pratique sans inconvénient toutes les deux heures pendant plusieurs jours.

Quand l'enfant est très petit et n'absorbe que 8 grammes à chaque repas, on peut le gaver toutes les heures.

D. Résultats obtenus par le gavage. — Les enfants qui dépérissaient avant ce mode d'alimentation reprennent vite une certaine vigueur, augmentent même de poids et deviennent quelquefois bouffis.

Parfois ils ont de la diarrhée. Cet accident est dû moins au gavage qu'à la nature ou à la fermentation du liquide employé. Pour parer au premier inconvénient, on doit suivre les règles indiquées plus haut.

Pour éviter le second, il faut maintenir constamment l'appareil dans une solution d'eau boriquée.

Sous l'influence du gavage, les enfants deviennent plus vigoureux et plus aptes à prendre le sein. Si on les met alors exclusivement au sein, on les voit souvent dépérir de nouveau. Pour éviter ce danger, on alternera pendant quelques jours les tetées et les séances de gavage en diminuant peu à peu le nombre de celles-ci.

Le gavage rend des services chez les enfants nés avant terme et aussi chez ceux qui, nés à terme, sont atteints de coryza (Kussmaul) ou ont été opérés du bec-de-lièvre. En évitant les mouvements de succion, l'auteur a pu, par ce moyen, assurer la réunion par première intention. Dans ce cas, le liquide injecté pourrait s'élever sans inconvénient à 80 ou 100 grammes. *(A suivre.)*

BIBLIOTHÈQUE

L'Amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc (amputation inter-scapulo-thoracique, par Paul Berger. — Paris, Masson, 1887.

L'ouvrage important que M. le docteur Berger consacre à l'étude de l'ablation totale de l'omoplate et du membre supérieur débute par l'exposé des observations, au nombre de 51, qu'a pu réunir l'auteur; elles sont divisées en trois classes : les amputations pathologiques totales d'emblée; les amputations pathologiques consécutives et les amputations traumatiques. Pour les premières, la mortalité est de 19,05 p. 100, d'un peu moins d'un cinquième pour les secondes, et enfin d'à peu près un tiers pour les troisièmes. Les principales causes de mort à la suite de l'opération sont le shock, qui résulte souvent de l'épuisement antérieur, les hémorrhagies, que l'on peut généralement éviter par la ligature pratiquée dès le début, et enfin les différentes variétés des infections chirurgicales dont l'antisepsie rigoureuse permet seule de se mettre à l'abri.

Dans le cours de l'opération, l'hémorrhagie est rare; il en est de même de l'entrée de l'air dans les veines (4 obs.). On a encore observé l'arrêt de la respiration, la syncope, le shock opératoire et, comme complication post-opératoire, la transfixion de la peau par l'extrémité externe du fragment claviculaire. La rareté relative des accidents permet à M. Berger de dire « que l'amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc se présente comme une opération peu grave dont la mortalité ne dépasse pas le cinquième des cas ».

De même qu'à la suite de tous les actes opératoires destinés à l'enlèvement des tumeurs malignes, on observe très fréquemment la récidive de l'affection primitive ou

sa généralisation; il existe cependant quelques cas de guérison durable et, sans doute, si l'on se décidait souvent à pratiquer de bonne heure cette grande mutilation, ces cas seraient beaucoup plus fréquents.

Le résultat physique de l'ablation totale du membre supérieur n'offre rien de repoussant, le moignon ne présente pas de complications douloureuses, et enfin l'application d'appareils prothétiques fort utiles est généralement facile par suite du point d'appui qu'offre le tronc.

« En présence d'une tumeur de l'omoplate nécessitant une intervention chirurgicale active, le choix n'est plus à faire qu'entre la résection de l'omoplate et l'amputation inter-scapulo-thoracique. » Cette dernière donne un chiffre de morts bien plus fort que la résection, mais elle est beaucoup plus rarement suivie de récidive surtout locale. Les contre-indications de la résection de l'omoplate sont les indications de l'amputation inter-scapulo-thoracique : ce seraient donc les cas où la tumeur entoure les vaisseaux axillaires et affecte avec eux des rapports intimes, ceux où elle englobe l'articulation scapulo-humérale et s'étend jusqu'à la partie supérieure du bras, le volume excessif du néoplasme et l'envahissement des ganglions axillaires.

En somme, on peut dire : « qu'en cas de tumeur maligne de l'omoplate ou présumée telle, la résection de cet os dans la totalité doit être la règle, et que les contre-indications de cette opération, qui deviennent les indications de l'amputation totale du membre supérieur avec l'omoplate, se tirent : 1° de l'impossibilité où l'on se trouve de conserver un membre utile; 2° et surtout de la crainte qu'on a de voir survenir une récidive locale à la suite de la résection. »

Les contre-indications sont celles qui sont communes à l'ablation des tumeurs malignes, et il faut naturellement, avant d'opérer, être sûr de pouvoir tout enlever. L'adhérence au thorax, une adhérence large à la peau avec petits noyaux disséminés, l'engorgement considérable des ganglions sus-claviculaires doivent faire rejeter toute intervention.

L'amputation inter-scapulo-thoracique se trouve encore indiquée quand une tumeur de l'humérus a acquis un très gros volume, et a envahi les muscles qui couvrent l'os à l'épaule, la peau de cette dernière région ou les ganglions axillaires. C'est à peine si quelques faits absolument exceptionnels permettent de ranger l'inflammation osseuse parmi les indications.

On a eu recours à l'amputation pathologique consécutive un temps plus ou moins long après la désarticulation de l'épaule dans 15 cas de récidive de tumeur et 1 cas d'ostéite ancienne; enfin, dans les 13 exemples d'amputation par traumatisme que M. Berger a pu réunir, il y a eu 2 opérations par coup de feu, 4 pour délabrements produits par des machines, 4 pour arrachement du membre et 1 cas pour lésion non indiquée. Dans toutes ces circonstances, c'est surtout l'étendue de la destruction des parties molles et l'impossibilité de constituer un moignon suffisant qui ont indiqué l'opération.

Nous ne pouvons mieux faire que de donner la parole à M. Berger lui-même pour résumer les principales considérations relatives au manuel opératoire.

« Qu'on ait à pratiquer l'amputation totale d'emblée, une amputation pathologique consécutive ou une amputation traumatique, ce sera toujours par la paroi antérieure de l'aisselle que l'on attaquera l'interstice inter-scapulo-thoracique. La résection de la partie moyenne de la clavicule, immédiatement suivie de la section entre deux ligatures de l'artère et de la veine sous-clavières, ou des vaisseaux axillaires au-dessous de l'origine de leurs branches collatérales, doit toujours constituer le premier acte de l'amputation et comme une sorte d'opération préliminaire. Dans l'exécution des temps subséquents, il convient de sectionner d'abord les attaches musculaires antérieures du membre où la circulation artérielle est suspendue par la ligature de l'artère sous-clavière, de ne couper qu'en dernier lieu les attaches des membres au bord supérieur et au bord spinal de l'omoplate et les vaisseaux qui leur correspondent... L'on ne doit d'ailleurs pas perdre de vue, dans tout ce qui concerne les détails précis du manuel opératoire, que l'amputation du membre supérieur dans la contiguité est une opération de nécessité... C'est aux conditions exceptionnelles de configuration extérieure et de

constitution intime d'un membre profondément altéré dans sa structure qu'il faut adapter les règles opératoires fondées sur sa morphologie et son anatomie normale... L'opérateur. . doit, avant tout, faire preuve d'un jugement sûr dans la détermination du plan chirurgical qu'il va suivre et dont il sera souvent contraint de s'écarter au cours même de son exécution. »

Ce jugement sûr, l'auteur le montre dans tout son livre en traçant d'une façon désormais classique les règles d'une opératien que les chirurgiens désigneront sans doute désormais sous le nom « d'opération de Berger. » — P. Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Sous le titre : « Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses », nous avons analysé dans le numéro du 2 août une brochure *que nous avait envoyée son auteur, M. le docteur Coupard.* Cette brochure était un extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique.* — P. L. G.

Carie dentaire. — Le docteur Popoff, écrit dans le *Ruskaya Meditzina*, qu'il a réussi à faire cesser la douleur causée par la carie dentaire, en conseillant de promener dans la bouche, toutes les demi-heures, une cuillerée à dessert d'une solution à 20 p. 100 de permanganate de potasse, à la condition de garder chaque fois le liquide dans la bouche pendant quelques minutes. (*The med. Rec.*, 30 juillet 1887.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 septembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. Larrey présente : 1° De la part de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse) une observation de suture secondaire du nerf médian suivie du retour des fonctions nerveuses; 2° Diverses brochures sur la suggestion.

M. Luys présente, de la part de MM. Bourru et Burot (de Rochefort), un volume intitulé : *Sur la suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses.*

M. Brouardel dépose, au nom de M. le docteur Gellé, une brochure intitulée : *Physiologie de l'audition, fonctions du limaçon, limaçon osseux.*

M. Bergeron dépose un travail de M. le docteur Delachèze sur la *Suggestion hypnotique.*

M. le Président annonce que le bureau de l'Académie propose de composer de la manière suivante la commission chargée de l'examen des faits énoncés dans la dernière séance par M. Luys :

MM. Charcot, Brouardel, Hérard, Marey et Gariel.

M. Larrey, dont le nom avait été d'abord mis sur la liste des membres de cette commission, ayant décliné cet honneur, a été remplacé par M. Hérard. La liste ainsi modifiée est acceptée par les membres de l'Académie qui assistent à la séance.

— M. Marty donne lecture d'un rapport sur l'analyse des Eaux de Belvès (Dordogne) au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Brouardel et Schutzemberger.

— M. Germain Sée fait une communication très intéressante sous le titre de : *Diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine, comparaison avec l'antifébrine.* L'auteur établit successivement l'efficacité ou l'utilité de l'antipyrine dans divers états pathologiques, caractérisés particulièrement par le symptôme *douleur :* rhumatismes articulaires aigus et chroniques, coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales, stoma-

cales, utérines, ataxie, angine de poitrine. Il insiste particulièrement sur l'innocuité de l'emploi de l'antipyrine, comparée aux accidents parfois redoutables produit par l'antifébrine.

— M. le docteur Gellé lit un travail *sur le rôle des canaux semi-circulaires*, qui fait suite à son étude des fonctions du limaçon (Soc. de biologie, 1887).

Il débute par un historique-critique des diverses théories émises depuis Flourens jusqu'à nos jours, et montre que l'expérimentation, guide le plus sûr, a donné tout ce qu'on peut en attendre, et que les théories métaphysiques ne mènent à rien.

M. Gellé trouve dans l'observation clinique des éléments excellents pour l'étude du rôle des canaux semi-circulaires, et comparables absolument aux faits expérimentaux, les nerfs ampullaires étant seuls en cause dans la production des troubles de la motricité, que leur irritation soit directe ou médiate, expérimentale ou morbide, car il est acquis que la branche cochléenne ne peut être le point de départ des accidents de déséquilibration.

Mais l'observation clinique du vertige auriculaire montre qu'il existe en plus des troubles moteurs, d'autres phénomènes subjectifs, assurément d'origine cérébrale, et des retentissements viscéraux qui naissent évidemment d'excitations bulbaires. L'auteur en conclut que la seule excitation des canaux semi-circulaires, ou mieux des nerfs ampullaires, née dans le labyrinthe même, d'un ébranlement sonore ou autre transmis par l'oreille moyenne, diverge vers trois centres ou foyers réflexes (raison des trois canaux) : le cervelet d'abord, qui commande tous les accidents de l'équilibre et les impulsions motrices involontaires; puis, le bulbe, d'où les vomissements, les syncopes, les troubles circulatoires et trophiques; enfin, le cerveau, seul capable de réagir par les troubles des sensations, de l'intellect, par les images idéo-motrices, les représentations de mouvements; par les visions terrifiantes de précipice, des sensations de chute, de précipitation, de rotations vertigineuses, etc.; et aussi par des troubles vaso-moteurs.

M. Gellé admet que les canaux semi-circulaires ont une fonction annexe de celle de l'ouïe; il le démontre par l'anatomie de l'organe, par son développement, et par des faits pathologiques et expérimentaux. L'excitation est une, bien auditive, vibratoire et non due au choc de l'otoconie ou de l'endolymphe, etc.

Chemin faisant, l'auteur indique les réflexes cérébelleux qui président à l'accommodation binauriculaire, ainsi que l'épreuve qui sert à les constater (épreuve de la synergie d'accommodation binauriculaire). Enfin, il fait voir le rôle protecteur de ces réflexes d'accommodation nés des crêtes ampullaires (testamina de l'oreille).

Au moyen de faits pathologiques, pour la plupart empruntés à la clinique de la Salpêtrière, M. Gellé montre nettement que le rôle des canaux dans l'orientation est nul ou effacé; les accidents de la sensibilité générale suffisent à la rendre impossible.

Il en est de même au point de vue de leur rôle dans l'équilibration et dans la notion de la situation de nos membres dans l'espace, que certaines anesthésies générales et du sens musculaire rendent impossibles sans le secours de la vue. On ne saurait donc admettre un sens de l'espace, ni les théories de de Goltz et autres, non plus que les négations absolues de Steiner (de Naples).

Ce long et consciencieux travail se termine par un résumé précis sous forme de conclusions.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Thèses pour le doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de juillet et d'août 1887.

Durbec (Gabriel) : Semen-contra, santonine, usages thérapeutiques, effets toxiques. — Vallas (Maurice) : Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. — Bigeard (A.) : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du coma diabétique. — Gauthier (Jean) : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'affection calculeuse chez la femme. — Blanc (Edmond) : De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanche-

ments latents de nature purulente, séreuse ou hématique (histoire critique et traitement chirurgical). — Reymond (François) : Étude sur l'anémie pernicieuse progressive. — Puig (Joseph) : Essai sur les blessures de l'oreille par armes à feu. — Bayrac (Pierre) : Étude du rapport de l'azote de l'urée avec l'azote total dans les urines normales et pathologiques. — Charmeil : Traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique par la méthode de Moore. — Giraud (Georges) : Des blessures de la vessie chez la femme dans les ablations de tumeurs abdominales. — Montagnon (Félix) : Contribution à l'étude des abcès de la cornée ; du pronostic et du traitement des grands abcès de la cornée. — Roux (Gabriel) : Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des tænias de l'homme. — Meurer (Lucien) : Des amputations à lambeaux cutanés. — Albertin (Henri-Alphonse) : Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique. — Fougerousse (Emmanuel) : Étude clinique sur la contagion et la marche de la conjonctivite granuleuse étudiée spécialement dans la région lyonnaise. — Perrotte (Georges) : Étude sur le pied plat valgus rachitique. — Louise : Sur un nouvel alcaloïde artificiel. — Arviset (Léon) : Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales. — Lorion (Emile) : Criminalité et médecine judiciaire en Cochinchine. — Cuche (Jules) : Étude sur la maladie de Friedreich. — Chataing (Hippolyte) : Étude médico-légale sur l'empoisonnement par le chlorate de potasse. — Alombert-Goget (René) : Des tumeurs solides du cordon spermatique.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LES GERÇURES DU SEIN. — Pinard.

Acide borique	6	grammes.
Eau distillée	200	—

Faites dissoudre. — On peut même, dans certains cas, employer sans inconvénient la solution saturée à 4 p. 100. Une compresse pliée en quatre est imbibée de cette solution et appliquée sur le mamelon. Par dessus la compresse, on étale un morceau de taffetas gommé et une couche de ouate, et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage de corps. — N. G.

COURRIER

L'Académie des sciences vient de recevoir le legs d'une somme, dont les arrérages devront servir à la fondation d'un prix qui portera le nom de prix *Pourrat*, du nom de son généreux donateur.

Ce prix, d'une valeur de deux mille francs, devra être décerné, tous les ans, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet proposé chaque année par l'Académie, et relatif à l'art de guérir.

La Commission, chargée de désigner la question à mettre au concours pour 1888, a été nommée dans la séance de lundi dernier ; elle se compose de MM. Charcot, Bouchard, Larrey, Marey et Richet.

— Par arrêté, en date du 23 août 1887, sont institués dans leurs fonctions de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, pour une période de quatre années, à partir du 1er juillet 1887, les docteurs en médecine actuellement en exercice dont les noms suivent : MM. Pruvost et Franckel.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine. — Comparaison avec l'antifébrine (1)

Par le professeur Germain Sée.

Dans ma dernière communication à l'Académie, j'ai traité de l'emploi de l'antipyrine dans les diverses affections douloureuses de la tête; l'efficacité de cette médication et sa supériorité sur tous les autres moyens de traitement ont été largement confirmés par notre distingué collègue, M. Dujardin-Beaumetz, dont l'autorité en pareille matière est incontestable. Ce point étant acquis, je demande à l'Académie de préciser les autres usages de l'antipyrine; puis d'en établir la comparaison avec les autres médicaments que j'appellerai tout simplement antidouloureux et particulièrement avec l'antifébrine.

I. — Rhumatismes articulaires aigus et chroniques, goutte et ses paroxysmes.

La première maladie douloureuse qu'on a tenté de guérir par l'antipyrine, c'est le rhumatisme articulaire aigu; comme cette maladie est généralement fébrile, on est parti de l'idée qu'en faisant tomber la fièvre, on ferait cesser le rhumatisme, et, en effet, les gonflements et les douleurs articulaires ont cédé, au moins aussi vite et aussi facilement que le mouvement fébrile. Des observations nombreuses publiées depuis dix-huit mois en Allemagne par Alexander, Lenhartz, en France par Bernheim, Clé-

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 6 septembre 1887.

FEUILLETON

CAUSERIE

Autopsie de Pranzini. — Séance d'ouverture du Congrès de Washington.

Chose promise, chose due. Nous avons promis de donner les détails de l'autopsie de Pranzini dès que nous les connaîtrions; nous allons donc nous exécuter. L'autopsie a été faite à l'École pratique de la Faculté de médecine une heure après la décapitation, temps nécessaire pour aller de la place de la Roquette au cimetière d'Ivry, et de celui-ci à la Faculté.

A ce propos, nous répétons la proposition qui a été faite mille fois de rompre définitivement avec la routine administrative et de mettre à la disposition de la Faculté de médecine, à la Roquette, une salle où l'on puisse faire immédiatement l'autopsie des suppliciés. De cette façon, personne n'y perdra rien, et la science y gagnera quelque chose, si quelque chose il y a à gagner, en examinant aussitôt après ce genre de mort un cadavre humain.

L'autopsie a été pratiquée en présence de M. le professeur Brouardel par le personnel du nouveau laboratoire des travaux pratiques d'histologie, dont le chef est M. Rémy, professeur agrégé. Les constatations faites sur le cadavre ont été publiées par M. Variot, avec l'autorisation de M. Brouardel, dans le *Bulletin médical* du 4 septembre. Nous allons les reproduire en les résumant un peu.

ment, et en Suisse par Secrétan, etc., témoignent de l'action curative de ce médicament, mais dont on avait oublié d'étudier les effets analytiques. Ici, comme pour le salicylate de soude, après avoir constaté la promptitude et la sûreté de la médication antipyrique, je ne manquai pas de chercher, par l'analyse clinique, quel était l'élément morbide justiciable du remède.

S'agissait-il de l'élément douleur et fluxionnaire ou bien de la fièvre elle-même? L'occasion ne manqua pas de dissocier ces deux actes morbides et, par conséquent, les deux actes curatifs de l'antipyrine. Tandis que le salicylate présentait une supériorité incontestable dans les rhumatismes articulaires fébriles, l'antipyrine le dépassait manifestement dans les affections rhumatiques sans fièvre. J'ai vu actuellement trente malades qui, traités à la fois par l'injection d'antipyrine répétée deux à trois fois par jour, à la dose de 0 gr. 30 par seringue, et en même temps par 3 à 4 grammes d'antipyrine pris à l'intérieur, accuser tous un soulagement presque immédiat des douleurs générales ou localisées et recouvrer leurs mouvements dans les vingt-quatre heures, par suite de la disparition de la douleur, de l'inflammation articulaire et même souvent de l'épanchement synovial. Pour ne pas subir les rechutes si fréquentes, tous les malades doivent continuer, pendant dix ou quinze jours encore, l'usage interne et quotidien de 3 gr. d'antipyrine sans aucune espèce de traitement local ni d'application externe. On peut donc dire qu'il s'agit ici d'un remède, non pas simplement palliatif, mais d'un moyen curatif, dans toute l'acception du mot.

Je ne veux pas dire par là que tous les rhumatismes soient tributaires de l'antipyrine; ils ne le sont pas plus que du salicylate. Le domaine de l'antipyrine est dans le rhumatisme articulaire, aigu ou subaigu, avec ou sans hydarthrose. Là, elle agit en toute sûreté, puisqu'elle fond pour ainsi dire l'engorgement inflammatore et supprime du premier coup la douleur qui, certes, n'est pas étrangère à la fluxion.

Tout ce qui n'est pas inflammatoire échappe à l'action du médicament; lorsqu'il existait antérieurement, par suite d'une ou de plusieurs attaques préalables, une endocardite ou une péricardite avec des lésions valvulaires

---

Le corps a de belles proportions; le thorax, large, est bien régulièrement développé; les membres supérieurs sont relativement plus forts que les membres inférieurs. Les attaches des poignets sont fines, la main bien faite, sauf la dernière phalange qui a une forme un peu irrégulière et dont les ongles sont déjetés sur la face dorsale. Le pied est petit.

La peau est blanche, peu velue; à peine quelques poils disséminés sur la région antérieure de l'abdomen et sur les cuisses.

La décollation a été faite bien franchement; le couteau a porté sur le corps de la sixième vertèbre cervicale et a sectionné, comme à l'ordinaire, un grand lambeau de peau à la région antérieure du cou, jusqu'au ras du maxillaire inférieur. Aussi la surface de section est recouverte, comme une plaie d'amputation, par un lambeau trop court, lorsque le cadavre est dans le décubitus dorsal.

M. Brouardel a pu retrouver sur l'index et le cinquième doigt les traces des cicatrices des coups d'ongles constatés lors de l'arrestation.

Les organes génitaux externes ont un développement au-dessus de la moyenne; la verge a environ 8 centimètres de longueur; les testicules sont gros. La verge s'est notablement rétractée pendant le temps de l'autopsie (deux heures environ). Il y a loin de là aux dimensions colossales de ces organes sur lesquelles s'était faite une sorte de légende.

L'urèthre, incisé dans toute sa longueur, peut être considéré comme un type de canal normal.

aortiques ou mitrales, l'antipyrine ne les modifiait en rien. Mais est-elle du moins capable d'enrayer la marche du rhumatisme de pénétration, et d'empêcher la transmission du rhumatisme des membranes articulaires aux membranes du cœur? Toutes les probabilités sont pour qu'en enrayant la manifestation extérieure, on arrête du même coup le développement des inflammations internes; en tous cas, il est utile de remarquer que si l'affection cardiaque se développe, elle est généralement atténuée. Si l'endocarde reste indemne, c'est surtout dans les affections apyrétiques que j'ai pu observer et qui, d'ailleurs, sont naturellement et infiniment moins compliquées de manifestations internes que ne le sont les rhumatismes généraux aigus.

Si maintenant nous comparons les résultats obtenus avec les autres médications antirhumatismales (le salicylate, l'antifébrine, le salol), il me semble pouvoir, d'après mon expérience ancienne et récente, résoudre le problème de leurs indications réciproques de la façon suivante :

1° Le salicylate semble présenter une certaine supériorité dans les rhumatismes graves, articulaires, généralisés, fébriles; mais si le cœur est tombé dans un état d'asthénie, ou s'il présentait une débilitation antérieure, un trouble de compensation, par suite de lésions valvulaires anciennes, il n'y a pas à hésiter : le salicylate, comme je l'ai établi il y a neuf ans, n'est pas l'ami du cœur, il est le dépresseur de sa force motrice; dans ces cas, l'antipyrine, qui ne produit jamais la moindre perturbation dans l'action contractile du myocarde, offre d'incontestables avantages sur le salicylate.

2° L'antipyrine, par la bénignité, par l'innocuité de ses effets, par la certitude de son action, comparée au salicylate, le dépasse manifestement dans les affections rhumatiques apyrétiques; on peut en continuer l'usage impunément; on peut l'employer en injections sous cutanées pourvu qu'elles soient faites lentement dans les proportions indiquées, et ce procédé si utile est tout à fait propre à l'antipyrine.

3° L'antifébrine, qui a été récemment mise en usage dans toutes les

---

La prostate est peu développée.

Les vésicules séminales, de dimensions ordinaires, contiennent à elles deux, une quantité de sperme qui peut être évaluée, à peu près, à une demi-cuillerée à café. Ce sperme est fluide, plus clair que le sperme à l'émission naturelle. Il n'exhale pas d'odeur, ce qui confirme l'opinion bien connue que l'odeur spermatique résulte du mélange des liquides prostatique, cowpérien et uréthral avec le sperme proprement dit.

L'examen microscopique du sperme des vésicules séminales a permis de voir quelques spermatozoïdes assez mobiles, au milieu d'un grand nombre de petites granulations brillantes et de quelques filaments de mucus.

Il s'en faut de beaucoup que ce sperme soit aussi riche en spermatozoïdes que le sperme ordinaire.

Antérieurement, nous avons eu l'occasion de constater l'absence complète de spermatozoïdes dans le canal déférent et l'épididyme du supplicié Gamahut, dont les voies génitales et les testicules étaient cependant intacts.

L'estomac, les intestins, le pancréas, les reins, la vessie, les muscles n'offrent rien de particulier. Graisse abondante sous la peau, dans le grand épiploon et les replis mésentériques.

Le cœur était privé de toute espèce de mouvements. Au moment de l'ouverture du cadavre, les ventricules étaient dilatés; vingt minutes après, ils étaient rétractés et leurs parois dures, presque rigides. L'état de tétanisation du cœur qui a été constaté sur divers suppliciés pourrait donc bien n'être que secondaire; si on l'a cru causé par la dé-

espèces de rhumatismes, n'offre pas d'avantage réel sur l'antipyrine, et ne constitue pas un progrès.

4° Le salol, le dernier venu dans la série, présente une véritable infériorité sur tous les autres moyens antirhumatiques; ses insuccès ne se comptent plus, et dans ces derniers temps, il est descendu au rôle d'un médicament à pommade antiseptique pour les affections du nez et de la bouche.

Tous ces médicaments ont donc, à des degrés divers, une action antirhumatique réelle; mais il ne faut pas abuser du mot : cette action ne s'applique pas aux lésions internes qui reconnaissent une origine rhumatismale évidente. Parmi les localisations internes, il en est une qui porte spécialement sur le système nerveux, et dont l'évidence n'est plus mise en doute depuis mon mémoire couronné en 1851 par l'Académie, et largement confirmé et surtout complété quinze ans après par mon ami Roger, je veux parler de la chorée rhumatismale; sa nature nerveuse semblait indiquer l'antipyrine qui est un dépresseur de l'excitabilité réflexe de la moelle; sa nature rhumatismale semblait une indication décisive; enfin, tout récemment, un assistant de la clinique de Kœnigsberg, M. Koch, vient de proclamer la chorée, de même que le rhumatisme lui-même, comme une affection microbique; ce serait une raison nouvelle pour prescrire l'antipyrine, qui est quelque peu antiseptique.

Or, toutes ces prévisions se trouvent déjouées par la pratique; l'antipyrine — comme le salicylate — est impuissante pour guérir la chorée, pour en troubler l'évolution et même pour en abréger la durée; elle est bonne pour modérer les mouvements désordonnés, et cela tout aussi bien des chorées hystériques que des chorées rhumatismales. Il y a actuellement dans nos salles un type très grave de chorée hystérique, qui a été pendant quelques jours débarrassée du désordre musculaire, mais qui n'a pas été guérie, en réalité, par l'antipyrine administrée à l'intérieur et en injections sous la peau.

---

capitation, c'est que cet organe n'a pas été examiné assez vite. M. Brouardel est disposé à attribuer cette tétanisation à la rigidité cadavérique qui se produit rapidement.

Les poumons sont libres d'adhérences; le tissu, sain au sommet, est très congestionné à la base, ce qui tranche avec les autres organes, qui sont exsangues. Il est difficile d'admettre des phénomènes d'hypostase, et on pense que cette congestion est d'ordre réflexe et liée à l'énorme et brusque traumatisme des centres nerveux.

Le foie est adhérent à la face concave du diaphragme par des fausses membranes peu épaisses et anciennes. Il pèse 1,400 grammes avec les voies biliaires, qui sont saines.

La rate est grosse; 12 centimètres dans son plus grand diamètre; petite plaque de périsplénite peu épaisse attribuée au long séjour de Pranzini en Egypte.

La tête a été remise au laboratoire d'anthropologie pour y être moulée; lorsqu'on l'a rapportée, les yeux avaient été enlevés (les yeux de Pranzini étaient fermés au moment où on a relevé la tête, phénomène assez rare).

Les dents sont bien implantées, saines, à l'exception d'une molaire.

Les parois du crâne sont un peu plus épaisses qu'en général. Le cerveau, à première inspection, n'a présenté aucune malformation apparente des circonvolutions, ni aucune autre altération pathologique. Il sera, comme tous les autres organes d'ailleurs, examiné au microscope. Il pèse 1,280 grammes, ce qui est à peu près la moyenne. Au-dessous de l'arachnoïde, dans les espaces sous-arachnoïdiens, entre les circonvolutions, on voit de grosses bulles d'air qui se sont substituées au liquide céphalo-rachidien. Ce phénomène n'a rien que de très ordinaire dans la mort par décapitation.

Ainsi, insuccès complet dans toute la série des rhumatismes internes; efficacité incontestée dans toute la série des rhumatismes articulaires.

Parmi ceux-ci, il reste néanmoins à signaler une forme grave qui fait le désespoir de la médecine active, aidée par les eaux thermales les plus renommées et l'hydrothérapie la mieux comprise : c'est le rhumatisme chronique qui n'a peut-être du rhumatisme que le nom; c'est l'arthrite chronique sèche ou avec épanchement synovial; elle est susceptible de guérison par l'antipyrine; c'est aussi l'arthrite noueuse qui résiste pour ainsi dire à tous les traitements.

J'observe depuis deux à trois mois six femmes âgées de 30 à 50 ans et deux hommes atteints de ces arthrites chroniques, dont deux cas de rhumatisme noueux.

Chez tous ces malades, le mal s'est développé sans rhumatisme préalable, lentement avec une progression fatalement croissante, de manière à envahir successivement les genoux, les cous-de-pieds, et chez la plupart des malades les épaules, les poignets et les doigts; ces articulations étaient immobilisées, douloureuses au moindre mouvement et les malades presque ankylosés étaient voués à une existence des plus pénibles; j'ai vu une maîtresse de piano âgée de 50 ans qui gagnait encore largement sa vie, il y a trois ans; depuis ce temps, tous les traitements (salicylate, morphine, eaux thermales) étaient restés impuissants, lorsqu'il y a trois mois elle commença le traitement antipyrinique, à 4 grammes par jour; au bout de quinze jours, les douleurs avaient cédé complètement; puis les articulations des pieds commencèrent à se dégager, puis celles des doigts qui étaient notablement gonflées; aujourd'hui la malade a pu reprendre l'exercice de la musique. A côté de ces cures obtenues dans ces conditions si défavorables, je dois signaler des insuccès au nombre de quatre, qui ont présenté cette singularité que tous ces cas se rapportaient à des arthrites chroniques des vertèbres cervicales.

Goutte. — La goutte chronique peut se modifier comme le rhumatisme, j'ai obtenu aussi la guérison de deux goutteux âgés de 30 et de 42 ans; ils

---

*
* *

Le crâne et le cerveau de Pranzini ont servi de thème à des dissertations plus ou moins savantes de la part des journalistes, ce à quoi il fallait bien s'attendre. On ne pouvait manquer de rapprocher ce cerveau de celui de Gambetta, qui pesait environ 150 grammes de moins, ce qui prouve que le poids du cerveau n'a pas de rapports avec la somme d'intelligence de l'individu.

Quant au crâne et à la face, ils sont très bien constitués, et leur moulage, comparé à ceux des autres suppliciés qui sont réunis dans le musée Orfila, où il va prendre place, formera un contraste frappant, car il n'a rien de cet extérieur repoussant qui est le caractère ordinaire des guillotinés.

Les *coups de ciseaux* qu'on m'envoie de temps à autre pour mes chroniques renferment aujourd'hui un extrait d'un journal que je ne puis malheureusement nommer, ce que je regrette, car il doit émaner d'un confrère au courant de la question.

Après avoir rappelé que les caractères extérieurs du crâne et de la face ne peuvent servir de base qu'à un diagnostic superficiel, ne sont qu'une constatation que ne sauraient admettre les savants qui ont étudié spécialement le type criminel, notre confrère ajoute :

Pranzini, a-t-on répété, n'aurait rien de ce type criminel, décrit récemment par le docteur Lombroso dans un ouvrage fort connu ; ce signalement-type s'appuyant pour conclure sur l'extraordinaire envergure des bras, le développement du pouce, l'énor-

étaient condamnés depuis longtemps au repos, souffrant constamment et n'éprouvant aucun soulagement par les moyens usuels; la guérison fut obtenue au bout de trois mois. Je ne parle pas des paroxysmes de goutte qui cèdent rapidement sous l'influence des piqûres d'antipyrine associées à l'usage interne du médicameut. Que la maladie se manifeste simplement sous forme d'accès avec des accalmies complètes, ou bien d'accès greffés sur la goutte tophique, le résultat est le même; il est bien entendu que les concrétions ne sont modifiées en rien.

II. — Douleurs lombaires, dorso-intercostales, sciatiques.

Dans une autre série de maladies douloureuses, dont les unes sont névro-musculaires, les autres névralgiques, les effets de l'antipyrine sont souvent instantanés; ainsi les lumbagos, quelles qu'en soient l'origine et la date, se guérissent immédiatement après deux injections de 0,30 centig, d'antipyrine, aidées de 3 grammes d'antipyrine prise à l'intérieur.

J'en dirai autant des douleurs dorsales et intercostales qui s'observent chez les individus fatigués, ou chez les hystériques, et n'exigent même pas toujours l'emploi des piqûres.

Les sciatiques les plus invétérées (comme j'en ai vu deux exemples), peuvent céder au traitement antipyrique complet (injections et usage interne d'antipyrine), lequel est d'ailleurs indispensable, même dans les sciatiques récentes; à l'aide de ce procédé continué deux ou trois semaines on obtient les résultats les plus favorables et les plus décisifs; je n'ai vu sur 23 cas, que 2 cas rebelles qui n'ont cédé ni à la morphine, ni au salicylate, ni à l'antifébrine.

III. — Névrites des ataxiques.

J'arrive maintenant au problème le plus délicat et le plus important; j'entends parler des douleurs ataxiques ou préataxiques, qu'on considère aujourd'hui comme des névrites périphériques.

Dujardin-Beaumetz, ainsi que Lépine, les réclament pour l'antifébrine;

---

mité des pieds et des mains, et surtout présentant un crâne fuyant, des pommettes saillantes, les oreilles en *anse*, une incroyable résistance à la douleur, etc., etc.

Nous nous sommes jadis assez expliqués sur ce point pour n'avoir pas à y revenir. Il existe un type criminel, cela est presque indéniable, mais il ne s'ensuit pas que tous les criminels reproduisent exactement ce type.

Quelle règle n'a pas d'exception?

Cependant en considérant attentivement Pranzini, on peut trouver qu'il présente un certain nombre des particularités attribuées aux assassins, ou tout au moins aux débauchés.

Les arcades sourcilières très proéminentes, les muscles des yeux très développés, le globe saillant de l'œil, les paupières volumineuses, l'insensibilité morale, l'impassibilité. l'humeur vagabonde, l'activité sans but, sa sentimentalité exagérée, le besoin de parler du crime, le cynisme constant, l'insensibilité à la douleur aujourd'hui prouvée, etc., etc., tous ces caractères étudiés et présentés comme faisant partie du type criminel, se retrouvent en majeure partie chez Pranzini, et tendraient à prouver que les observations faites jusqu'alors, loin de se trouver combattues par le corps académique et la tête régulière de Pranzini, sont corroborés par les signes particuliers, mais peu apparents, révélé par l'autopsie et le moulage récemment opérés.

***

Le Congrès de Washington est enfin ouvert, après les nombreuses péripéties qui ont

je les réclame pour l'antipyrine; j'ai, pour admettre cette préférence, une raison d'ordre physiologique ou toxique, sans laquelle le parallèle pourrait parfaitement se soutenir entre les deux médicaments. Je laisse la parole à Lépine : « Presque constamment, dit-il, on voit déjà au bout d'une heure le sang subir de graves altérations, il devient d'un brun chocolat et se dénature par la production de métahémoglobine dans les globules sanguins; de sorte que, comme l'a prouvé récemment Hénocque, le déficit d'oxyhémoglobine diminue singulièrement la puissance respiratoire du sang qu'elle dépouille même d'une partie de son oxygène et qui se trouve incapable d'en absorber à nouveau pendant un certain temps. »

Cette considération n'est pas à dédaigner. De plus, par suite sans doute de cet état veineux du sang, la peau, dont les vaisseaux sont d'ailleurs dilatés, prend une coloration livide générale; cette cyanose ne laisse pas que d'inspirer de la crainte; il m'est arrivé trois fois de voir une cyanose générale, une lividité de la peau et des muqueuses, chez des ataxiques qui n'avaient pas dépassé la dose de 1 gramme 1/2 par jour. Je sais bien qu'on considère maintenant cette cyanose avec une grande placidité; mais comme elle résulte d'une véritable décomposition des globules, je n'envisage pas ce phénomène avec le même sang-froid que Dujardin-Beaumetz, qui ne craint pas de voir ses malades passer au bleu, et se console en disant que les antipyriques deviennent rouges. En effet, une fois sur douze ou quinze cas, l'antipyrine produit, mais seulement lorsqu'elle est continuée au delà de dix à quinze jours et à forte dose, et surtout chez les femmes, une éruption à forme d'urticaire ou de rash sur les mains et les pieds, qui dure deux à trois jours et disparaît sans laisser de traces, c'est un exanthème médicamenteux comme celui de la quinine.

L'antifébrine ne produit rien de semblable, c'est vrai, mais elle détermine une véritable intoxication du sang, et cela d'une manière presque constante; le docteur Mabille, qui a traité vingt-deux épileptiques, d'ailleurs d'une manière infructueuse, par l'antifébrine, a noté la cyanose dans tous les cas; ce n'est donc pas un incident, c'est un empoisonnement, inévitable

---

entouré son organisation. La séance d'ouverture, qui a eu lieu le 5 septembre, est déjà relatée dans le numéro de la *Semaine médicale* du 7, dans une dépêche télégraphique adressée par son correspondant spécial, le docteur Keser, et qui comprend trois colonnes et demie de ce journal. Nous en extrayons les détails suivants :

La traversée, sujet de craintes pour beaucoup de nos confrères, paraît avoir été heureuse, ce dont nous les félicitons. Le comité de réception a fait aux congressistes l'accueil le plus empressé. On ne compte pas moins de 2,300 médecins présents, parmi lesquels MM. Le Fort, Charpentier, Landolt, Récamier.

La séance d'ouverture a eu lieu dans la salle d'*Albangh's Opera House*, sous la présidence de M. Cleveland, président des Etats-Unis, assisté de MM. Bayard, secrétaire d'Etat; Davis, président du Congrès; Hamilton, secrétaire général; Garnett, président du comité des fêtes; Smith, président du comité exécutif, etc.

Des discours ont été prononcés par ces différentes personnes, et en outre par les délégués étrangers, MM. Lloyd (Angleterre), Le Fort (France), Unna (Allemagne), Semmola (Italie), Reyher (Russie), qui ont remercié les membres du comité d'organisation et les autorités de leur bienveillant accueil.

Voici les passages les plus saillants de ces discours :

M. Cleveland, président de la République. — Notre pays doit se féliciter de voir réunis aujourd'hui dans sa capitale un si grand nombre de citoyens et d'étrangers distingués, tous médecins et tous dévoués au progrès de la science et de l'humanité. Mon devoir ici

au delà de 1 gramme 1/2, qui est généralement nécessaire pour calmer les douleurs ataxiques.

Il m'est arrivé souvent de faire la comparaison entre les deux méthodes en alternant leur usage, ce qui est nécessaire quand l'un des médicaments perd son efficacité. Or, sauf dans deux cas où l'antipyrine avait refusé le service pour céder le pas à l'antifébrine, dans tous les autres cas indistinctement, j'ai pu débarrasser les malades des douleurs fulgurantes au bout d'un terme variable, et les soulager d'une manière immédiate, surtout en combinant l'usage interne de l'antipyrine avec les injections de même nature. J'appelle l'attention sur ce dernier point; la méthode sous-cutanée, qui ne saurait s'appliquer avec l'antifébrine entièrement insoluble dans l'eau, constitue un avantage d'autant plus marqué que la plupart des malades étaient habitués à la morphine, qu'on parvient graduellement à remplacer par les injections antipyriques.

Ce traitement ainsi combiné peut, sans troubler la santé du malade, être employé pendant des semaines entières; d'une parfaite innocuité, ce qui constitue son incontestable supériorité, il n'a pas même produit chez les hommes ataxiques que nous avons traités, les éruptions médicamenteuses qui s'observent seulement après un long usage du remède chez les femmes.

Pour compléter l'histoire des névrites graves, nous n'avons plus qu'à mentionner les névrite du zona si douloureuses, si persistantes, que nous avons toujours vu guérir après un temps variable; enfin les névrites diabétiques qui se modifient très rapidement sous l'influence du traitement antipyrique.

Ainsi, voilà des altérations anatomiques des nerfs, des lésions définies, dont la manifestation douloureuse cède elle-même aussi bien qu'une simple névralgie, qu'un simple trouble fonctionnel; l'intervention de l'antipyrine a ramené la maladie du système nerveux périphérique à sa plus simple expression; si la désintégration du nerf continue son œuvre, elle l'accomplit en silence et le cri de la nature se trouve étouffé.

---

est agréable, mais de peu de durée : il consiste à déclarer ouverte la neuvième session du Congrès international des sciences médicales.

M. Bayard, secrétaire d'Etat. — Par suite du développement des relations internationales, le monde a appris à mieux se connaître; grâce au contact social, l'esprit humain a progressé et la notion de fraternité s'est irrésistiblement répandue à travers les mers et les montagnes. Bientôt le mot *étranger* devra être rayé des vocabulaires ayant cours dans les pays civilisés.....

Permettez-moi maintenant une simple requête; n'oubliez pas l'adage : *Vis medicatrix natura*, et quand vous proposerez des remèdes, amenez autant que possible la science à aider la nature, dont les bons effets se feront sûrement sentir, si on lui permet de défendre le point attaqué.

Je crains d'être un peu sorti de mon rôle : j'aurais pu me borner à répéter le mot de cette vieille dame, dont l'habitation se trouvait près de Waterloo. Etant sourde et entendant le canon tonner, elle crut qu'on frappait à la porte et dit simplement : « Entrez ! » Mais vous, Messieurs, vous n'avez pas besoin de faire autant de bruit que Wellington ou Bonaparte, car je vous assure que le peuple américain vous entendra et vous dira avec moi un cordial : « Entrez ! »

M. Davis, président du Congrès, propose, pour faciliter les progrès de la science médicale, de voir s'ajouter à chaque Société médicale deux comités permanents, dont l'un serait chargé de faire l'examen critique de tout travail présenté par son auteur comme étant relatif à une prétendue découverte, et l'autre aurait pour mission de trouver les

Dans cet ordre d'idées, on peut aller plus loin et prouver que les lésions centrales elles-mêmes peuvent évoluer sans porter atteinte à la santé générale par la continuité ou l'intensité de la souffrance.

J'ai vu des céphalées d'origine spécifique et par conséquent de nature organique, des céphalées dues à des tumeurs cérébrales, céder rapidement sous l'influence de l'antipyrine, comme s'il s'était agi d'une céphalée de croissance ou d'une migraine.

On peut donc dire que devant cette médication, tous les phénomènes d'excitation sont égaux, quelle que soit leur provenance. N'est-ce pas une consolation pour la science qui reste désarmée en regard de l'altération profonde des organes, mais qui recouvre son pouvoir en portant son tribut à la restauration des éléments histologiques atteints et surtout en imprimant à une phénoménalité compliquée et compromettante une marche plus régulière, des allures plus simples.

La thérapeutique qui régit les phénomènes d'origine organique, s'applique aux symptômes d'origine mécanique; c'est ce qui ressortira clairement de l'étude des viscéralgies. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Faye résume ainsi qu'il suit le résultat des études qu'il a entreprises depuis de longues années sur les tornados et les cyclones dont les ravages deviennent de plus en plus effrayants :

« Les tornados sont, non pas ascendants, mais descendants; ils n'exercent en bas aucune aspiration; leur double mouvement de giration et de translation n'est pas dû aux causes assignées par les météorologistes. Il serait bien malheureux qu'on enseignât, dans les écoles des Etat-Unis, une théorie aussi complètement opposée aux lois de la mécanique. Voici celle que je propose de lui substituer :

« Les tornados sont des tourbillons à axe vertical, nés dans des courants médiocre-

voies à suivre pour augmenter le champ de la science par le concours de plusieurs individus en sociétés.

A chaque Congrès, on fait ainsi d'excellentes propositions, on nomme même des commissions pour les étudier ou les mettre en pratique, mais jusqu'alors les résultats ont été à peu près nuls. Attendons la fin du Congrès pour reparler du projet de M. Davis.

Simplissime.

Potion contre la gastro-entérite. — Monin.

Elixir parégorique	5	grammes.
Teinture de quassia amara	15	—
Antipyrine	4	—
Sirop de capillaire	35	—
Hydrolat de laitue	200	—

F. s. a. une potion, dont on administre une cuillerée à bouche avant chaque repas aux tuberculeux atteints de gastro-entérite. L'effet en est particulièrement avantageux, lorsque les accidents sont plus prononcés le soir, en raison de la fièvre vespérale.

N. G.

ment élevés de l'atmosphère aux dépens des inégalités de vitesse de ces courants, absolument comme les tourbillons en entonnoir qui se forment fréquemment dans les cours d'eau et qui vont, en descendant, affouiller le lit de nos rivières.

« Comme ces derniers, les tourbillons aériens sont descendants. Si leur giration est assez énergique, ils pénètrent comme un tire-bouchon dans les couches d'air sous-jacentes, même quand celles-ci sont à l'état de calme parfait, jusqu'à ce qu'ils rencontrent l'obstacle du sol.

« Ils se rétrécissent de plus en plus en descendant, à cause de la pression croissante des couches inférieures. Ils transportent intégralement en bas et concentrent sur une aire très étroite la force vive qu'ils ont emmagasinée en haut dans leur vaste embouchure.

« Leur mouvement de progression est dû aux courants supérieurs où ils ont pris naissance; ils en ont la vitesse moyenne et la direction. Ils voyagent ainsi à grande vitesse, même quand les couches inférieures sont à l'état de calme parfait. Les vents régnant en bas n'ont d'autre effet que d'écarter légèrement de la verticale l'extrémité inférieure du tourbillon, et d'imprimer à cette extrémité une certaine oscillation par rapport à sa trajectoire normale.

« L'inclinaison des tornados est due à ce que la vitesse de leur descente n'est pas très considérable par rapport à leur vitesse de translation. Malgré cette inclinaison, les spires se propagent vers le bas en restant horizontales ou plutôt peu inclinées sur l'horizon.

« Les ravages des tornados sont dus au choc violent de ces spires descendantes contre les obstacles du sol. Le travail énorme de destruction ainsi exécuté n'influe en rien sur la marche et l'activité du tornado, parce que sa force vive a sa source en haut et non en bas. Au sortir d'une forêt où le tornado s'est taillé une large allée, il a la même puissance pour renverser les maisons du village suivant, et se meut avec la même vitesse qu'au-dessus d'une prairie.

« Le vent de ces spires circulaires, légèrement inclinées sur le sol, qui descendent en se renouvelant continuellement, soulève et chasse en tous sens les objets légers. Les feuilles, les pailles, le sable, la boue, projetés *tout autour* du tourbillon, forment à son pied une sorte de buisson qui s'élève extérieurement à une certaine hauteur, ainsi qu'on le voit dans les photographies des tornados terrestres. Sur les mers ou les rivières, c'est la poussière d'eau, projetée par la violence du tourbillon, qui forme *autour* de son pied un buisson analogue qu'on retrouve dans tous les dessins des marins. Les tornados n'exercent aucune aspiration ni succion : c'est un pur préjugé que de croire qu'ils pompent l'eau des étangs ou des rivières jusqu'aux nues.

« Si l'énergie de la rotation supérieure (dans l'embouchure) vient à diminuer par suite de quelque variation dans les vitesses des filets du courant supérieur, le mouvement de descente des spires s'arrête avant d'atteindre le sol, et l'on voit le tornado se mouvoir en l'air, en pendant des nues comme une trompe d'éléphant, sans exercer au-dessous de lui aucun ravage. Il descend si cette giration supérieure se renforce ; si elle vient à s'épuiser, le tornado remonte peu à peu vers le nuage qui en masque l'embouchure.

« L'air descendant venant des nuages est chargé de particules d'eau froide; il peut arriver en bas avec une température inférieure, malgré la compression, à celle de l'air ambiant. Dans ce cas, il conserve jusqu'en bas sa nébulosité et l'aspect d'un nuage opaque. Mais si parfois le courant supérieur ne charrie pas de nuages, l'air amené en bas dans le tornado s'échauffe per la compression qu'il subit, et ne devient un peu visible que par les poussières qu'il soulève et dont il s'empare.

« Les cyclones sont des tornados bien plus vastes nés dans des courants bien plus élevés (véritables contre-alizés) qui charrient non des particules aqueuses, mais des aiguilles de glace (cirrus). C'est à ces aiguilles de glace que se rattachent les phénomènes électriques, les grêles et les averses qui accompagnent les cyclones et entre lesquelles, plus bas, apparaissent les tornados. La durée des cyclones est très grande. Pendant des semaines entières, ils traversent des chaînes de montagnes, le vaste continent des Etats-Unis et l'océan Atlantique, pour aller frapper les côtes enropéennes sans

qu'on les voie jamais aller d'Europe en Amérique (1), tandis que les tornados ne durent que quelques heures et ne peuvent franchir que des collines ou des vallées. Mais, outre l'identité mécanique, il existe une connexion étroite, une subordination frappante de ces deux phénomènes. Les tornados se forment généralement, comme les orages, les averses, les nuages à grêle, sur le flanc droit (demi-cercle dangereux) des cyclones, dans des courants de médiocre hauteur déterminés indirectement près des bords de ces mêmes cyclones. Ils marchent dans le même sens, et leurs courtes trajectoires sont sensiblement parallèles à l'élément correspondant de la trajectoire centrale du cyclone générateur, laquelle, aux Etats-Unis, va à peu près vers le nord-est. Ainsi les tornados ne sont à craindre que lorsqu'un cyclone, accusé le plus souvent par une simple dépression barométrique, vient à passer au-dessus du vaste territoire de l'Union, et les seuls Etats menacés sont ceux qui se trouvent au sud de la trajectoire centrale.

« Les orages à grêle ou à averses sont dus à des tourbillons partiels, à cirrus, bien plus élevés que les tornados, et formés ordinairement sur le flanc droit d'un cyclone. Ils s'arrêtent, dans leur descente, au sein des couches inférieures très chargées d'humidité (à 1,500^{m} ou 2,000^{m} d'altitude), parce qu'il y épuisent leur force à mouvoir de grandes quantités de glace ou d'eau congelées ou condensées par l'afflux des cirrus entraînés par eux. Ils y déterminent, par leur côté droit, des courants parasites chargés, non de cirrus, mais d'épaisses nuées; c'est dans ces courants passagers que se forment les tornados,

« Ainsi, les conditions pour qu'un pays soit particulièrement exposé à ces derniers phénomènes, c'est :

« 1° Que les cyclones générateurs ne soient pas trop éloignés de leur origine intertropicale, et qu'ils soient encore abondamment fournis de cirrus ;

« 2° Qu'ils voyagent au-dessus d'une vaste couche basse de 2,000 à 3,000 mètres d'épaisseur d'air fortement chargé de l'humidité que les vents du sud ont amenée préalablement en passant sur la mer ;

« 3° Que la contrée ne soit coupée que par des chaînes de collines ou des *divides* de médiocre hauteur.

« Aucun pays de la terre ne réunit ces conditions aussi complètement que les États-Unis. »

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la formation d'une liste de deux candidats qui doivent être présentés à M. le ministre du Commerce et de l'Industrie, pour la chaire de chimie agricole et d'analyse chimique, au conservatoire des Arts et Métiers, laissée vacante par le décès de M. Boussingault.

Au premier tour de scrutin, destiné au choix du premier candidat, le nombre des votants étant 15, M. Schlœsing obtient 15 suffrages.

Au second tour de scrutin, destiné au choix du second candidat, le nombre des votants étant encore 15, M. Müntz obtient 15 suffrages.

En conséquence, la liste adressée à M. le ministre comprendra : En première ligne, M. Schlœsing ; en seconde ligne, M. Müntz.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-1887.

MM. Tersen : De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'assainissement des localités. — Bidault : Du lupus compliqué d'épithélioma. — Guéry : Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac. — Surmont : De la blépharoptose d'origine cérébrale au point de vue de sa localisation. — Swynghedouw : Des maisons mortuaires et de leur création dans les petites localités. — Masurel : Contribution à l'étude des maladies de la

(1) Cette vaste trajectoire, qui dessine sur le sol la projection du fleuve aérien supérieur où le cyclone prend naissance, est, sur la sphère, une sorte de parabole dont la convexité est tournée vers l'ouest. De là résulte le sens de la giration de droite à gauche sur notre hémisphère, de gauche à droite sur l'hémisphère austral.

peau d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques. — Quint : Compression ischémique et mobilisation précoce dans le traitement des fractures juxta-articulaires. — Carpentier : Essai sur l'anatomie de l'articulation de l'épaule. — Lévêque : Contribution à l'étude des dermatoses d'origine nerveuse. Des maladies de la peau consécutives à un choc moral. — Dubus : Du choix comparé des méthodes manuelles et des méthodes instrumentales dans le dégagement de la tête dernière.

MM. de Bonnière : Contribution à l'étude des gangrènes dites foudroyantes spontanées des organes génitaux externes de l'homme. — Coquard : Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse. — De Fisson : Des syphilides pigmentaires en général et en particulier de la syphilide pigmentaire primitive observée chez la femme et chez l'homme. — Longueval : Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière. De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Choléra. — Une dépêche en date du 26 août annonçait que les bruits circulant sur le choléra de Rome n'étaient pas fondés. Cependant, d'après la *Tribuna* du 18, on avait enregistré 4 cas, dont 2 morts ; le 19, 8 cas, dont 3 décès ; mais le bacille, paraît-il, n'avait pas été trouvé. Aujourd'hui, avec ou sans bacille, il n'est plus de doute possible : il y eut dans la dernière semaine d'août 75 attaques cholériques et 36 victimes.

Il est vrai que, par contre, dans les autres parties de l'Italie l'épidémie est en décroissance certaine.

A *Bombay*, dans la semaine du 20 au 26 juillet, le mal asiatique a causé 12 morts, et on signale pendant ce même temps 1,688 décès dans 13 arrondissements de la présidence de Bombay. — Ch. S.

COURRIER

Par décret en date du 22 août 1887, est déclarée d'utilité publique, la construction d'un hôpital à Paris, au moyen de l'acquisition d'un terrain d'une superficie de 20,474 mètres, situé dans le XIXe arrondissement, entre la place du Danube, la rue David-d'Angers, le boulevard Serrurier et la rue du Général-Brunet.

Société protectrice de l'enfance. — Questions de prix pour l'année 1887 (Le prix sera de 500 francs) : Exposer en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° *le repos auquel dans quelques fabriques sont astreintes les ouvrières pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ;* 2° *l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.*

Question de prix pour l'année 1888 (Le prix sera de 500 francs) : *Du coryza chez les enfants du premier âge.*

Les mémoires écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1887 pour la première question, et avant le 1er novembre 1888 pour la deuxième question, au Secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs ; ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Diverses applications thérapeutiques de l'antipyrine. — Comparaison avec l'antifébrine (1)

Par le professeur Germain Sée.

IV. — Douleurs viscérales. — Coliques hépatiques, néphrétiques, gastro-intestinales, utérines, viscérales.

Nous trouvons, en effet, dans l'histoire des concrétions biliaires et des calculs rénaux, lorsqu'ils tendent à franchir les conduits excréteurs, un symptôme tellement violent que sous le nom de *colique hépatique*, de colique *néphrétique*, il domine toute la scène pathologique; lui seul préoccupe le malade, si bien que, dans l'intervalle des crises douloureuses, le patient ne se plaint souvent de rien; mais dès que l'attaque se manifeste, il se refuse à souffrir, il s'injecte de la morphine; or, la morphine a le grave inconvénient, pour les calculeux hépatiques de diminuer la sécrétion de la bile, d'entraver ainsi l'expulsion de la pierre, d'enrayer complètement la formation du mucus intestinal, de produire ainsi l'arrêt des matières et d'éveiller les douleurs intestinales qui remplacent ou compliquent les coliques néphrétiques.

Depuis que mon chef de clinique, M. Capitan, et mon interne, M. Baudoin, ont imaginé et appliqué les injections d'antipyrine à la place de celles de morphine, nous sommes parvenus, au bout de quelques minutes, à la suppression de la douleur, c'est-à-dire de ce syndrome terrible, dans la colique hépatique, de ce phénomène grave, compliqué d'irradiation douloureuse, de vomissements, de trouble de circulation, d'arrêt et de résorption de la bile; la scène change pour ainsi dire à vue d'œil, ce qui fait croire que le spasme des voies irritées par la pierre, contractées sur elle, vient de cesser, que le calcul a franchi l'obstacle et a passé dans l'intestin; dès lors, plus de douleurs. Ainsi voilà une douleur d'origine essentiellement mécanique qui n'a pas plus résisté à l'action de l'antipyrine que si elle avait été essentiellement nerveuse. Les piqûres étant faites, il ne s'agit plus que de consolider la guérison ou plutôt d'empêcher d'autres calculs de s'engager douloureusement dans les canaux cystique, biliaires, cholédoque; pour cela il importe d'administrer l'antipyrine à l'intérieur dès que l'estomac supporte un médicament ou une boisson; on fait prendre ainsi quatre fois par jour 1 gramme d'antipyrine dans de l'eau glacée; le lendemain, 3 grammes, et on continue ainsi huit à dix jours; les douleurs consécutives fréquentes, mais supportables, cèdent à leur tour, et le malade est guéri jusqu'à un nouvel accès, c'est-à-dire jusqu'à nouvel engagement ou enclavement.

Ce qui est vrai pour les calculs biliaires ne l'est pas moins pour les *calculs néphrétiques*.

Dès que le gravier commence à cheminer dans les uretères, il déter-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

mine des douleurs de reins légères au début, ou des douleurs plus vives le long de l'uretère, ou un ténesme vésical intolérable; dès que l'un ou l'autre de ces phénomènes se manifeste, je fais pratiquer une à trois injections d'antipyrine et prendre à l'intérieur, dès que l'état nauséeux a diminué et le permet, 2 à 3 grammes de médicament; l'accès se trouve conjuré au bout de dix à vingt minutes, et la douleur cesse avec tout le cortège des phénomènes de la colique néphrétique. Jusqu'ici, je n'ai pas vu une seule attaque résister à cette médication qui est toujours suivie, dans les vingt-quatre heures, de l'expulsion du calcul.

Les bienfaits de l'antipyrine, même quand elle est continuée à petites doses, c'est-à-dire à 2 grammes par jour, se continuent pendant un temps plus ou moins long, et souvent les calculs finissent par sortir sans provoquer la moindre souffrance; les malades s'en aperçoivent seulement au moment du passage par le canal de l'urèthre et surtout par sa partie terminale. Voilà encore une nouvelle preuve de l'action de l'antipyrine dans les affections qu'on peut appeler mécaniques, action durable et surtout d'une parfaite innocuité, surtout aussi si on la compare à celle de la morphine qui a le fâcheux privilège d'arrêter la sécrétion urinaire, ce qui constitue une des plus graves complications de la lithiase rénale.

Après ces états physiques des canaux urinaires et biliaires, je dois signaler quelques observations relatives à la *métrite aiguë* et surtout aux *dysménorrhées membraneuses*.

A ce dernier point de vue, les faits dont la plupart m'ont été communiqués par des praticiens de la ville (voir deux observations publiées par Chouppe) présentent une parfaite concordance; lorsqu'à une femme qui a les règles douloureuses, suivies ou non de pertes considérables et de produits d'exfoliation membraneuse, on ordonne l'antipyrine à prendre à l'intérieur lors de l'apparition des règles, ou mieux encore, lorsqu'on fait prendre 1 gramme 1/2 d'antipyrine en lavement, la douleur qui souven durait des heures entières et se renouvelait tous les mois depuis de longues années, cesse pour ainsi dire brusquement, et le flux cataménial s'établit dès lors sans aucune difficulté; il est entendu qu'il faut renouveler ce facile procédé à chaque nouvelle époque.

Il reste encore à mentionner et à étudier les manifestations douloureuses qui accompagnent les divers états morbides de l'estomac et de l'intestin.

Lorsqu'une *dyspepsie chimique* ou une *atonie de l'estomac* devient douloureuse, on doit tenter l'association de l'antipyrine au carbonate de soude par parties égales, par demi-gramme trois fois chaque jour; avec ces doses modérées et fractionnées, réparties également et administrées dans un demi-verre d'eau glacée au commencement des repas, on obtient des résultats très favorables. Il en est de même dans les *affections intestinales douloureuses*, surtout dans les coliques gazeuses ou par constipation; mais, ici, de fortes doses sont nécessaires, et je prescris ordinairement toutes les trois heures 1 gramme d'antipyrine associé ou non à une quantité égale de craie lavée; si la médication ne réussit pas sous cette forme, je fais pratiquer les injections antipyriques qui ne manquent jamais de produire un soulagement immédiat.

Là se termine l'histoire des affections douloureuses de l'abdomen.

V. — Douleurs et points de côté cardiaques. — Anémies douloureuses du cœur. — Angine de poitrine.

Notre dernière étude est réservée à la pathologie douloureuse du cœur; c'est un chapitre oublié de la médecine.

Points de côté cardiaques. — Les douleurs dites cardiaques ne sont pas dans le cœur, c'est-à-dire dans le muscle cardiaque, dans les nerfs qui l'animent, dans l'endocarde ou le péricarde qui en double la surface : elles sont dans les parties avoisinantes; le cœur, par lui-même, est insensible; les opérations de sondage par les veines caves n'arrachent pas un cri à l'animal en expérience.

On dit bien qu'il existe une sensibilité morbide résultant des lésions du cœur et se révélant, d'après Peter, surtout par la pression exercée dans le premier ou le deuxième espace intercostal gauche, mais sur quoi? Sur les plexus, les ganglions, les nerfs vagues, les nerfs phréniques? Mais le plexus a des nerfs sympathiques qui sont surtout vaso-moteurs; les ganglions intra-cardiaques sont insaisissables, intangibles; les phréniques n'appartiennent pas au cœur, ni les nerfs de Cyon qui sont des nerfs d'arrêt pour le centre vaso-moteur; les nerfs vagues seraient seuls accessibles, les seuls nerfs d'impression. Or, d'après les belles expériences de F. Frank, l'excitation de l'endocarde qui est parfaitement insensible par lui-même, de même que la surface interne des gros vaisseaux, ne produit rien que des actes réflexes vaso-moteurs absolument inconscients, et ces réflexes se passent dans les vaisseaux périphériques. A ces curieuses recherches, j'ajoute une observation clinique; c'est que le cœur, le muscle surtout et l'endocarde semblent, dans certains états morbides qui ne sont pas inflammatoires et portent faussement le nom de myocardite, d'aortite chronique, semblent, dis-je, produire une impression inconsciente, latente, qui arrive à la moelle, s'y réfléchit et se traduit soit par des sensations centrifuges, soit par des actes musculaires ordinairement limités à la région voisine du cœur, comme cela a lieu dans tous les actes réflexes; d'après Pflüger, je les appelle des *points de côté cardiaques*.

Ces points de côté siègent dans les nerfs ou les muscles intercostaux; ce sont des névralgies d'irradiation ou des myosalgies réflexes; je ne trouve pas d'autre explication de ces douleurs, dont les malades cardiaques, quels qu'ils soient, se plaignent si souvent, et d'une manière d'autant plus persistante qu'ils sont inquiets de tout ce qui se passe dans cette région gauche.

Ce sujet exige d'ailleurs un avertissement préalable; il arrive souvent que, dans cette même région, à la pointe du cœur ou au-dessous, il existe une douleur parfaitement indépendante du cœur, et qui est due à l'accumulation de gaz dans la tubérosité stomacale, ou même dans l'angle que forment le côlon transverse et le côlon descendant; — la percussion révèle facilement ces tympanites gastriques ou coliques, et un purgatif suffit ordinairement pour dissiper toutes ces sensations qu'on peut appeler faux points de côté cardiaques.

Les sensations douloureuses ne s'établissent pas toujours à la pointe du cœur; elles se fixent souvent au milieu de la région précordiale et plus souvent encore à la base, où elles produisent un sentiment de constriction des plus pénibles et s'irradient plus souvent sous forme d'élancement sous la clavicule vers l'épaule et vers le bras gauches.

Causalité de ces douleurs. — Ces douleurs cardiaques centralisées ou irradiées, de même que ces points de côté, reconnaissent trois genres de causes :

Tantôt, elles ont une origine extra-cardiaque et constituent un fragment de névrose générale ou d'hystérie, ou une chlorose cardiaque, une anémie hémorrhoïdaire ou menstruelle.

Tantôt, il s'agit d'une lésion du cœur et, par ordre de fréquence, on peut incriminer les dégénérescences fibreuse ou fibro-graisseuse du cœur, les lésions scléreuse ou athéromateuse de l'aorte, l'anévrysme lui-même de l'aorte, l'insuffisance des valvules aortiques, parfois des rétrécissements de l'orifice de ce vaisseau; parmi les causes les plus rares se trouvent l'insuffisance et le rétrécissement mitral, par la raison bien simple qu'elles ont sur l'irrigation du cœur, c'est-à-dire sur les artères coronaires, une bien moindre influence que les lésions de l'aorte et de ses valvules.

Le troisième genre de causes qui comprend la série la plus grave des douleurs cardiaques, celle qu'on appelle angine de poitrine, est précisément constituée par la sclérose des artères coronaires.

Nous avons ainsi la catégorie des douleurs bénignes, c'est la première ; la seconde classe, qui n'est grave que par la persistance de sa cause; la troisième, qui entraîne un danger double, l'un intermittent, se manifestant à chaque accès, et souvent dès le premier; l'autre permanent, résultant de ce que la circulation et la nutrition du cœur sont sans cesse compromises par l'oblitération de ses vaisseaux nourriciers; c'est là la vraie, la seule angine de poitrine telle que je l'ai établie le premier, dès l'année 1875, par mes observations insérées à cette époque dans les journaux de médecine et par mes leçons sur les maladies du cœur, recueillies et publiées par Labadie-Lagrave en 1880 (2e édition); j'établis ces dates d'une manière précise, parce que quelques savants incomplets se sont partagé ma dépouille trop tôt en faisant grand bruit de ma découverte à leur profit.

Au point de vue de la pratique, cette distinction que j'établis entre les groupes de douleurs me paraît de première nécessité, au milieu de la confusion qui règne sur ce sujet dans les esprits, et qui souvent est favorisée volontairement ou non par le médecin. C'est si beau de guérir une angine de poitrine; en négligeant les considérations d'origine, on arrive à constituer des *angor pectoris* à volonté; on en trouve cinquante, cent par année, tandis qu'heureusement la véritable angine est très rare, c'est-à-dire celle qui reconnaît l'oblitération d'une artère coronaire soit parce que le vaisseau est sclérosé primitivement, soit parce que la sclérose, les incrustations athéromateuses de l'aorte se propagent facilement à l'entrée de l'artère cardiaque.

Divers degrés de l'angine. — Après avoir prononcé ce mot effrayant, il est de mon devoir de reconnaître que l'angine de poitrine, qui en réalité constitue une ischémie du cœur, une *anémie douloureuse* du cœur, ne se présente pas toujours avec le sceau de la fatalité; elle a des degrés. Au commencement, les malades ne se plaignent que d'un sentiment d'oppression au haut du sternum et d'une douleur vive dans le bras gauche, ce qui force le malade à s'arrêter tout à coup dans sa marche même horizontale et, à plus forte raison, dans sa marche ascensionnelle, bien qu'il n'ait pas la moindre dyspnée; au bout de quelques instants, il se sent libre; puis la nuit est calme, et l'accès ne reparaît qu'à l'occasion d'un travail musculaire. Ces accès sont remarquables par leur courte durée; ils disparaissent par

le repos et se distinguent des accès graves parce que le malade n'a pas d'anxiété bien marquée, ni de contraction des vaso-moteurs de la main gauche ni de coloration du visage, pâleur ou cyanose, comme dans le véritable *angor pectoris*.

Plus tard, l'accès se traduit quelquefois par des pulsations dans le deuxième ou le troisième espace intercostal, par une difficulté énorme de mouvoir le bras, qui s'engourdit, par une flatulence très marquée, par l'arythmie du cœur et, d'après Rosembach, par un besoin de défécation.

Je n'insiste pas sur la forme la plus avancée des paroxysmes, ils ne sont plus ordinairement du domaine de la thérapeutique.

Traitement antipyrique. — Les premiers degrés de l'angine, et à plus forte raison les points de côté cardiaques, sont tous accessibles à nos moyens de traitement.

L'antipyrine peut en triompher. Personne ne saurait enrayer la marche de la sclérose aortique ou coronaire; tous les iodures les plus variés n'y font rien; ils ont un pouvoir sur l'anémie et sur l'état exsangue du cœur qui résulte de ces lésions, car ce sont des médicaments qui activent la nutrition et la circulation du cœur, comme je l'ai démontré en 1880. Ils n'ont rien d'artériel; ils n'agissent d'ailleurs qu'étant soutenus par l'usage de la spartéine et de la convallamarine. Mais, même avec cette association, on ne guérit pas les artères coronaires. Dans l'état actuel de la thérapeutique, la question doit être posée différemment. Puisque le traitement curatif est impossible, il faut chercher la guérison de l'accès et la prophylaxie des accès suivants.

Or, pour enrayer l'accès, aucun moyen, pas même l'injection de morphine, ni la respiration de nitrite d'amyle, ne m'a paru comparable à l'injection d'antipyrine à la dose de 0 gr. 50 centigrammes dissous dans autant d'eau; en même temps, le malade doit immédiatement inhaler la pyridine qu'il doit porter sur lui dans un flacon hermétiquement fermé; voilà pour éluder le premier danger. Puis, pour éviter les attaques consécutives, le malade prend d'une manière régulière 3 ou 4 grammes d'antipyrine par la voie stomacale sans autre adjuvant; il doit éviter la digitale, qui ne s'adresse pas à la douleur; le bromure, qui déprime les forces; le chloral, qui déprime la tension vasculaire; l'hydrothérapie, qui peut compromettre la vie; l'électricité, qui peut l'achever.

A l'aide de cette médication, je suis arrivé : 1° à guérir sûrement tous les points de côté et toutes les douleurs qui se rattachent à des causes extra-cardiaques, comme l'hystérie, la chlorose; 2° les douleurs violentes éprouvées par les anévrysmatiques au cœur, au sternum, au bras gauche; les douleurs d'irradiation accusées par les aortiques; les sensations pénibles résultant d'insuffisance valvulaire de l'aorte. Quant aux douleurs des myocardiques et des dégénérés cardiaques, elles cèdent non moins facilement, et la maladie se trouve dégagée ainsi de toute complication; 3° j'arrive aux angines de poitrine — c'est le point délicat de la question. Or, je possède actuellement quatre observations recueillies en ville et trois à l'hôpital, dont le diagnostic ne permettait pas le moindre doute; tous ces malades étaient au premier degré de l'angine, et ne présentaient pas de lésion appréciable par l'auscultation ou la percussion du cœur; on sait que c'est là la caractéristique des véritables accès d'angine. Ces accès ont été pour ainsi dire coupés par les injections d'antipyrine et la respiration de pyridine, et

les suivantes ont été complètement évitées depuis deux mois par l'emploi journalier de l'antipyrine.

Je soumets cette médication à l'appréciation de l'Académie; je la crois vraie et utile; elle constitue, en effet, pour tous les organes le véritable moyen de calmer leur sensibilité exaltée, c'est le remède des douleurs et de la douleur.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Par H. Stapfer, ex-chef de clinique d'accouchements (1).

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — MAI 1887.

Sur un nouvel embryotome rachidien, par le docteur A. Ribemont-Dessaignes, agrégé, accoucheur de Beaujon. — Il est impossible de décrire un instrument sans figures explicatives lorsque la valeur de l'instrument tient à un ingénieux mécanisme. Nous nous bornerons donc à en signaler les avantages. C'est uu embryotome à ficelle-scie. Il est simple, facile à démonter, à nettoyer, à rendre aseptique. Le crochet qui porte la ficelle une fois mis en place, il est toujours facile de saisir la ficelle, grâce à un anneau dans lequel l'index passe. Les parties maternelles sont absolument protégées par l'instrument. M. Ribemont-Dessaignes a employé son embryotome quatre fois avec succès.

Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide, par le docteur A. Pinard, agrégé, accoucheur de Lariboisière, et H. Varnier, interne des hôpitaux. — Les lecteurs de l'*Union* connaissent les deux premières parties de ce travail que nous avons analysées dans les précédentes Revues.

Nous avons montré comment les auteurs avaient éclairé à la française ce sujet embrouillé par les Allemands.

Ils n'admettent qu'une seule et même maladie, la *cystite gangréneuse*, passant par divers stades ou périodes.

Klein a expliqué la cystite gangréneuse dans la retroversion de l'utérus gravide par « l'incongruenz der Elasticitæts cœfficienten ! ! ! » Et voilà justement ce qui fait que votre fille est muette !

Cette incongruité tudesque ne satisfait pas MM. Pinard et Varnier qui ne se payent pas de mots. Ils ne retiennent de la théorie de Klein que ce seul fait : les lésions sont consécutives à une cystite dont la production est aisée à comprendre, et qui agit sur un terrain dont la vitalité laisse à désirer.

Elle se développe ici, comme dans beaucoup de cas, sous l'influence de l'altération d'une urine qui ne trouve pas une issue facile. Cette urine s'altère par le seul fait que la vessie se vide mal, et il est possible que dans certains cas le cathétérisme non aseptique ne soit pas étranger à cette altération.

Cette influence de la rétention (prise dans son acception la plus large, en dehors de toute idée de surdistension) est d'observation clinique courante en l'absence même de tout cathétérisme. *On a vu, dans certains cas*, l'urine présenter les caractères de la décomposition ammoniacale dès le premier cathétérisme.

May a démontré expérimentalement que la rétention a cette influence. La rétention incomplète a plus d'effet que la rétention complète.

Dans un cas où il provoqua la rétention intermittente, survint une décomposition alcaline de l'urine et une inflammation gangréneuse de la muqueuse vésicale, mais pourquoi et comment survient la gangrène?

Ne voit-on pas tous les jours, chez l'homme, de ces cystites développées sous l'influence de troubles persistants de la miction qui nécessitent même des cathétérismes répétés? On devrait, sous l'influence des mêmes causes, observer les mêmes effets.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 septembre 1887.

Or, d'après les recherches des auteurs, l'exfoliation de la paroi vésicale n'a guère été rencontrée que chez la femme.

M. Guyon, dans son immense pratique, ne l'a jamais vue chez l'homme.

Il est donc bien établi que c'est à peu près exclusivement chez la femme (les auteurs ont trouvé quelques cas douteux et une observation péremptoire d'exfoliation chez l'homme) que les exfoliations ont été observées. Il y a plus, c'est presque exclusivement dans deux circonstances :

1° Dans la rétroversion d'utérus gravide;

2° A la suite d'accouchement laborieux.

Sur 11 exfoliations indépendantes de la rétroversion, 8 sont consécutives à des accouchements laborieux.

Qu'y a-t-il de commun entre ces deux classes de faits, rétroversion de l'utérus gravide et accouchements laborieux, pour qu'ils entraînent des lésions vésicales de même nature?

La rétention? Non, puisqu'elle manque souvent. Les cathétérismes répétés? Non, puisqu'il est des cas où l'on a reproché au médecin d'avoir, en négligeant le sondage, amené la gangrène.

La cystite? Oui; mais encore une fois, pourquoi l'exfoliation? pourquoi la gangrène? Il faut quelque chose de plus, et ce quelque chose, commun à la rétroversion de l'utérus gravide et aux accouchements longs et difficiles, c'est la présence dans le petit bassin, pendant des heures, pendant des jours, d'une tumeur volumineuse, utérus ou tête fœtale, qui écrasent et compriment tout ce qui les entoure.

Les points meurtris sont surtout la symphyse et la paroi latérale de l'excavation au niveau du fond de la cavité cotyloïde. Or, d'après M. Sappey, tout le système d'irrigation sanguine de la vessie passe entre la tumeur et les parois osseuses. Il en résulte un ralentissement du débit artériel et l'ischémie de la paroi vésicale.

Telle est l'explication qui paraît la plus rationnelle à MM. Pinard et Varnier.

Conclusion thérapeutique. — Dans la rétroversion de l'utérus gravide, il ne faut pas trop s'attarder à traiter la rétention d'urine seule. Cette méthode permet souvent à l'utérus de se redresser spontanément; mais on ne doit attendre qu'autant que l'urine reste normale et qu'il n'existe aucun symptôme de cystite. *Dès que survient la cystite, ou dès que l'enclavement persiste,* il faut, si l'on ne veut pas voir s'aggraver ou se développer les lésions vésicales, *réduire sans violence* l'utérus rétroversé.

Si l'on n'y parvient par aucun des procédés de douceur, on n'a plus à choisir, pour supprimer la compression, qu'entre deux moyens :

1° Provoquer l'avortement;

2° Pratiquer la laparotomie, qui permettra de se rendre compte, *de visu*, de la nature de l'obstacle. C'est le seul procédé qui permette de triompher des adhérences inextensibles, du *pelvis obtecta* (voyez le compte rendu de la première partie) observé dans certains cas.

Mais, qu'on ait réduit l'utérus ou qu'on l'ait vidé, tout n'est pas fini pour cela. Si les parois vésicales ont déjà été frappées de mort ou commencent à l'être, quelle conduite tenir?

La réponse est nette. Les femmes qui se sont débarrassées de la membrane gangrenée, putride qui les infecte, ont guéri. Les autres sont mortes. La profondeur de la lésion ne paraît jouer qu'un rôle secondaire. Deux des femmes guéries (Frankenhauser et Madurowicz) ont expulsé la muqueuse, la musculeuse et le péritoine. *Il faut donc à tout prix débarrasser la vessie de ce corps étranger. C'est une question de vie ou de mort.*

Les indications sont faciles à établir : urine trouble, fétide, ammoniacale, débris membraneux, fièvre, sécheresse de la langue, amaigrissement, hématurie, cathétérismes incomplets.

Le médecin a deux moyens à sa disposition : *la dilatation de l'urèthre ou la taille vaginale.*

MM. Pinard et Varnier donneraient la préférence à la taille et entretiendraient la fistule jusqu'à complète guérison.

Telle est la conclusion de ce travail, que j'ai analysé au fur et à mesure qu'il paraissait, et dont l'importance clinique n'échappera pas aux lecteurs de l'*Union*.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — JUIN 1887.

Etude clinique sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par le docteur Rivière, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Bordeaux. — Ce travail, en cours de publication, sera analysé dans la prochaine Revue.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE, — MAI 1887.

Antéversion et antéflexion de l'utérus pendant le travail. — Période d'expulsion, par le docteur Remy, agrégé de la Faculté de Nancy. (*Rev. médic. de l'Est.*) — Lorsqu'il existe un degré d'éventration tel que l'utérus puisse faire hernie entre les muscles droits, les efforts volontaires de l'expulsion, au lieu d'ajouter leur effet à celui de la contraction utérine, agissent d'une façon tout opposée. Leur action ne porte plus sur le fœtus pour le diriger à travers la filière pelvienne; elle s'exerce, au contraire, sur la face postérieure de l'utérus, augmente la flexion du corps utérin, et il semble, dit le docteur Remy, que l'on assiste à l'expulsion du globe utérin poussé en bas et au devant du pubis. La contraction utérine dirigerait plus ou moins facilement le fœtus suivant l'axe pelvien, mais le pôle supérieur est poussé en avant du pubis par l'effort abdominal; la flexion de l'organe utérin et de son contenu se fait sur le point fixe et rigide, le pubis La femme s'épuise en efforts inutiles.

Ces phénomènes dystociques sont le résultat de la hernie de l'utérus à travers les muscles droits; l'utérus s'échappe par la boutonnière, s'incline, s'infléchit. S'étant développé dans les derniers mois de la grossesse, l'organe est presque dans sa totalité logé dans cette porte herniaire, et la boutonnière est alors trop étroite pour permettre la réduction. Le docteur Remy a pu s'en assurer; dans deux cas, les muscles droits étaient derrière l'utérus.

L'antéversion simple existe, au contraire, quand l'écartement des muscles est peu prononcé, et qu'une faible partie de la matrice fait saillie entre eux.

Le docteur Remy cite deux faits dans lesquels le travail arrêté en pleine période d'expulsion, malgré les efforts des parturientes, fut terminé par une application de forceps.

A ces deux observations, M. Remy en ajoute une de Velpeau, qui réussit à déterminer l'expulsion spontanée en engageant la femme à ne pas pousser. La contraction utérine agissant seule redressa l'utérus et le fœtus naquit spontanément.

Il est indiqué, bien entendu, de maintenir la paroi abdominale au moyen d'un bandage approprié.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JUIN 1887.

De la fréquence de la tuberculose du premier âge, par le docteur Landouzy, agrégé, médecin de Tenon. — S'il est une opinion acceptée sur la foi des livres anciens, dit le docteur Landouzy, c'est la rareté de la tuberculose du premier âge. On continue à faire fond sur cette rareté de la tuberculose du premier âge pour accepter qu'en matière de tuberculose héréditaire, il s'agit, dans la totalité des cas, d'enfants engendrés tuberculisables et non tuberculeux.

Depuis quelques années, il se fait au nom de la clinique une réaction contre cette opinion. Le docteur Landouzy dirige depuis trois ans la crèche de l'hôpital Tenon, et, faisant toutes les autopsies, il a été frappé de la fréquence de la tuberculose chez les enfants âgés de moins de deux ans. Bon nombre de bébés envoyés avec le diagnostic athrepsie sont des tuberculeux.

Ce qui prouve bien la fréquence de la tuberculose du premier âge, c'est que les mêmes faits se sont reproduits identiquement, dans le même milieu et dans les mêmes conditions, pendant trois années d'observation. Il ne s'agit donc pas de ces séries comme on en rencontre en médecine.

Pour ne parler que du premier trimestre de l'année 1887, le docteur Landouzy a observé 7 cas de tuberculose infantile qui se répartissent ainsi : 6 semaines; 2 mois; 3 mois; 6 mois; 7 mois; 10 mois; 12 mois.

Ce sont ces faits de tubercules avérés, pulmonaires, spléniques, intestinaux, méningés, rénaux, hépatiques, avec antécédents héréditaires, que le docteur Landouzy publie, sans commentaires, en les faisant précéder du préambule que je viens de résumer.

PROGRÈS MÉDICAL. — 11 JUIN 1887.

Note sur deux cas de procidence du cordon ombilical survenue en dehors du travail, par Ch. MAYGRIER, agrégé, accoucheur de la Pitié. — Le docteur Maygrier publie deux observations. Le mécanisme suivant lequel s'est effectué le prolapsus du cordon a été identique. Certaines conditions favorables à une procidence existaient : rupture prématurée des membranes, petitesse du fœtus, absence d'engagement d'aucune partie fœtale et, dans un cas, longueur inusitée du cordon; mais il n'y avait aucun phénomène de travail. Dans ces circonstances, un effort de la femme a suffi pour déterminer l'issue du cordon à travers un canal cervical encore long, à peine perméable au doigt; ajoutons que, chez les deux femmes, cet effort a eu lieu pendant la défécation et que la situation accroupie a dû favoriser encore la production de la procidence. Le travail ne s'est déclaré que plusieurs heures après l'accident, qui, dans les deux cas, a été fatal à l'enfant.

Que faire en pareil cas? Il est difficile de réduire le cordon et de le maintenir réduit alors que l'orifice est dilaté. Il est donc bien plus difficile de faire cette réduction lorsque l'effacement lui-même n'existe pas. Il convient cependant de faire une ou plusieurs tentatives en mettant la femme dans la position genu-pectorale et en se servant d'une sonde comme rétro-pulseur.

Quant au traitement préventif, il consiste à surveiller les femmes pendant la grossesse, à les maintenir au lit si les membranes se rompent prématurément, à leur interdire tout effort, et surtout à ramener l'extrémité céphalique au niveau du détroit supérieur, si elle n'a pas tendance à y rester, et à favoriser l'engagement au moyen d'un bandage approprié.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'ÉTAT DE LA SENSIBILITÉ CUTANÉE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, par L. BARBILLON. — Paris, Dupret, 1886.

Consacrée à un point peu connu de l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, la thèse de notre excellent confrère montre que les troubles de la sensibilité cutanée sont la règle dans cette affection. Ils peuvent frapper tous les modes de la sensibilité : c'est ainsi qu'il y a ordinairement diminution, quelquefois augmentation des sensations tactiles et douloureuses. Le sens thermique est aussi atteint, mais ce sont les troubles de la sensibilité électrique qui sont les plus fréquents et ils peuvent exister seuls.

Tantôt d'une façon passagère, tantôt pour un temps plus ou moins long après l'attaque, il y a anesthésie partielle ou complète, et l'excitation faradique n'est plus sentie. Généralement limitée à tout ou partie de la surface cutanée de l'articulation malade, elle peut s'étendre à toute la superficie d'un membre rhumatisé.

La diminution des réflexes, la parésie musculaire, l'atrophie musculaire consécutive indiquent, comme les troubles sensitifs, que le système nerveux est atteint dans la polyarthrite rhumatismale aiguë.

D'après les observations de M. Barbillon, la faradisation des articulations malades peut rendre des services dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, principalement lorsque le salicylate échoue ou est contre-indiqué. Dans les formes traînantes, suivies de roideurs articulaires et de parésie musculaire, l'électrisation rend de grands services. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Massage contre la sciatique. — Le professeur Max Müller préconise le massage comme traitement de la sciatique. Il a réussi admirablement par ce moyen dans quinze

cas, tous très graves. Le massage a été appliqué de la manière ordinaire, le malade étant couché sur le côté sain. Les premières séances ont été douloureuses ; mais l'irritabilité nerveuse a cédé rapidement, et après un petit nombre de séances aucune souffrance n'était produite, et le soulagement a été permanent. (*The amer. Journ. of the med. Sc.* juillet 1887.) — R.

Cocaïnomanie. — Nous trouvons dans *The american Journal of the medical Sciences* de juillet 1887, la description sommaire d'une maladie nouvelle, analogue à la morphinomanie. Les résultats de l'usage immodéré de la cocaïne sont des symptômes de paralysie vasculaire, avec pouls fréquent, sueur profuse, trouble de la respiration, syncope. Le docteur Erlenmeyer, qui a signalé cette maladie dans la *Deutsche med. Zeit.*, fait remarquer les dangers auxquels sont exposés les sujets atteints de cette indisposition s'il sont dans le cas d'être soumis à l'action du chloroforme. Ils présentent une émaciation progressive comme dans la morphinomanie. Leur facies devient cadavérique, les yeux excavés, et les muscles affaissés (flabby). L'insomnie est constante. A une période avancée, leur intelligence s'altère, dans le sens du délire de la persécution, hallucinations, dépression intellectuelle, perte de la mémoire. Quelquefois grande tendance à parler et à écrire. Plusieurs ont dû être enfermés dans une maison de fous. Erlenmeyer considère le pronostic de la morphinomanie comme très grave si elle est associée avec la cocaïnomanie, à laquelle on a recours précisément pour combattre l'habitude de la morphine.
R.

Implantation du placenta. — Voici un fait qu'il peut être utile de mettre sous les yeux des praticiens. Le docteur John Winslow, d'Ishaca, N.-Y., appelé en toute hâte auprès d'une primipare, trouva les conditions suivantes. Le sang avait déjà imbibé tout le lit, produit une mare au-dessous, coulait à travers la chambre, et continuait à sortir du vagin. Par la main introduite tout entière, il constata une dilatation égale à l'étendue d'un demi-dollar, et reconnut que le placenta adhérait à tout le pourtour si intimement qu'il fut impossible de le détacher, et était si épais et si résistant que le doigt ne put pénétrer dans son tissu. Alors, pour arrêter l'hémorrhagie, notre confrère eut une idée habile et courageuse. Il appliqua la paume de sa main très fortement sur l'orifice du col, enfonçant ses doigts dans le cul-de-sac postérieur, la femme étant couchée sur le dos, et par la pression de sa main gauche sur l'abdomen il poussa fortement la tête du fœtus contre le placenta, qui fut ainsi énergiquement comprimé, et l'hémorrhagie devint impossible. Après quatre heures de cette attitude fatigante, le col s'était dilaté au point de permettre à un point du bord du placenta de se détacher. Dès lors, la tête fœtale, comprimant d'elle-même la portion de placenta encore adhérente à la paroi utérine, s'engagea dans l'ouverture ainsi produite, et, enfin de compte, l'accouchement se fit heureusement pour la mère et son produit. (*The med. Rec.*, 30 juillet 1887.) — R.

FORMULAIRE

Mixture tœnifuge. — Ellis.

Teinture de kamala	2 à 4 grammes.
Sirop d'oranges	4 grammes.
Mucilage de gomme	2 —

Mêlez. Cette dose s'administre en une fois, à un enfant, le matin à jeun. Deux heures plus tard, on lui fait prendre un purgatif. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Indemnité a un médecin. — A Brooklyn, un médecin a obtenu une indemnité de 1,600 dollars (8,000 francs) d'un individu qui avait essayé de lui faire perdre la clientèle d'un de ses malades. Si les choses se passaient toujours ainsi, dit la rédaction de *The*

am. Lancet, d'août 1887, qui rapporte ce fait, il serait avantageux pour les médecins d'être en butte à des intrigues, cherchant à les déposséder; ils deviendraient plus riches par les dommages-intérêts qui leur seraient accordés, que par le paisible produit de leur profession.

Presse médicale. — *The american Lancet,* d'août 1887, affirme qu'il y a dans le monde plus de sept cents journaux de médecine, et estime qu'il en sera créé encore davantage.

Blessures accidentelles. — D'après *The London Lancet,* le jour du Jubilé à Londres, six cents personnes ont subi des blessures qui ont nécessité l'intervention d'un médecin. — R.

Accident arrivé en chemin de fer au professeur Nothnagel. — Le professeur Nothnagel, appelé en consultation à Moscou, s'apprêtait à passer la nuit dans son coupé; le train était en marche depuis longtemps. Voulant, avant de s'endormir, passer dans un compartiment voisin, il se trompa de côté, ouvrit une porte latérale et fut précipité sur la voie. Heureusement, après une légère syncope, il ne se sentit qu'un peu de douleur de tête et une contusion à la jambe. Sa situation n'en était pas moins fort pénible. Il se trouvait sans chapeau, sans chaussures, dans une nuit noire et pluvieuse. Personne dans le train n'avait remarqué son absence et sa chute. Après beaucoup de fatigue, il arriva à la demeure d'un garde-barrière qui l'aida de son mieux à gagner Ivanowka, la station la plus proche. Là il reçut les premiers soins et déclara qu'il avait laissé dans le coupé qu'il avait si malheureusement abandonné une somme de 10,000 roubles.

Le professeur Nothnagel a été sauvé comme par miracle, il faut en remercier le dieu de la médecine.

— Le nombre des médecins russes s'élève cette année à 17,459 ; celui des vétérinaires, à 8,229 ; des dentistes, à 601.

— On s'occupe, au Comité impérial d'hygiène de Berlin, de mettre en œuvre prochainement et de publier dans un travail d'ensemble, l'immense quantité de documents et matériaux statistique réunis de toutes parts sur la vaccine et la vaccination. On dressera le bilan statistique de la variole en remontant aussi haut que possible.

— J. Hyrtl (de Vienne) vient de recevoir la médaille d'or des arts et sciences.

— Le Congrès international de crémation qui devait se réunir à Milan en septembre est remis au mois d'avril 1888.

Italie. — Le nombre des étudiants ayant fréquenté les Universités italiennes pendant l'année 1887 s'est élevé à 15,161. Il faut ajouter 194 auditeurs. C'est une augmentation de 722 étudiants sur l'année dernière. C'est l'Université de Naples qui est la plus fréquentée. Elle compte 4,083 étudiants ; puis viennent Turin avec 212 étudiants, Rome 1,254, Bologne 1,207, Palerme 1,089, Padoue 1,065, Pavie 1,010, etc., et enfin Pérouse 108, Urbino 89, Ferrare 42.

Prix proposé en Italie pour l'année 1888. — Un prix de 1,000 francs sera décerné à l'auteur du meilleur travail d'embryologie présenté à l'Académie *dei Lincei* à Rome avant le 31 décembre 1888.

Les mémoires doivent être inédits, écrits en italien ou en latin, et ne pourront être publiés dans aucune Revue ou Journal périodique autre que les Mémoires de l'Académie. — Ch. S.

COURRIER

L'empereur d'Autriche vient de conférer à M. Pasteur l'ordre de la Couronne de fer, lequel donne droit au titre de baron.

— A la suite du concours ouvert dans les hôpitaux de Rouen, M. le docteur Ch. Bataille a été nommé chirurgien-adjoint de ces hôpitaux.

— Le préfet de la Seine, au nom de la ville de Paris, est autorisé à accepter le legs

Albert Hartmann, consistant en une somme de cinq cent mille francs, qui devra être employée à la fondation à Paris, ou dans les environs, d'un asile, qui portera le nom de « Fondation Hartmann », et qui sera administré conformément aux dispositions de la loi du 10 janvier 1849.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Rousseau, père, conseiller général du canton de Hirson (Aisne).

Asiles d'aliénés. — Par arrêté du 5 juillet 1887, M. le docteur Guilbert, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. Deswatines, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.);

M. Denizet, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est nommé directeur de l'asile de Cadillac, en remplacement de M. Guilbert, et maintenu dans la 2e classe de son grade (4,000 fr.);

M. le docteur Deswatines, directeur de l'asile de Bordeaux, est nommé directeur de l'asile du Mans, en remplacement de M. Denizet, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.);

M. le docteur Cortyl, directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Leblond, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire. M. le docteur Cortyl est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.);

M. le docteur Giraud, directeur-médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. le docteur Cortyl et promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.);

M. le docteur Caillau, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Fains, en remplacement de M. Giraud, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.);

— Par arrêté du 3 août 1887, M. le docteur Girma, médecin-adjoint à l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est nommé médecin-adjoint de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le docteur Barandon, mis en disponibilité sur sa demande. M. Girma est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.);

— Par arrêté du 6 août 1887, M. le docteur Legrain, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), en remplacement de M. le docteur Kéraval, appelé à d'autres fonctions. M. Legrain est placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.);

M. le docteur Brusque, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er mai 1887.

Bulletin bibliographique.

Les procès-verbaux, mémoires et discussions du deuxième Congrès français de chirurgie tenu, en octobre 1886 à Paris, sous la présidence de M. le professeur Ollier, viennent de paraître en un volume publié par les soins du docteur Pozzi, secrétaire général du Congrès, à la librairie Félix Alcan.

Les questions à l'ordre du jour étaient : *le tétanos, la néphrotomie et la néphrectomie, les résections orthopédiques et l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.* Ces questions, ainsi que les communications faites par les membres du Congrès sur divers autres sujets, ont donné lieu à des discussions approfondies qui se trouvent reproduites dans cet ouvrage, et qui marqueront exactement l'état de la science chirurgicale en l'année 1886. 1 fort vol. grand in 8°. — Prix : 14 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Conférence du professeur Semmola au Congrès de Washington.

Le Congrès international des sciences médicales s'est ouvert, on le sait, le lundi 5 septembre, à Albaugh's Opera House. La seconde séance a été remplie par la conférence du professeur Semmola; le savant représentant de l'Italie a pris pour sujet : « La médecine et la bactériologie devant la méthode expérimentale ».

Nos sympathies et notre admiration pour les études bactériologiques nous interdiraient de reproduire des extraits de ce discours, si nous n'étions persuadés que les critiques de l'orateur s'adressent aux témérités de certains esprits superficiels ou ambitieux, et non pas aux recherches désintéressées des vrais savants.

Après avoir rappelé les règles rigoureuses de la méthode expérimentale, après avoir retracé à grands traits l'histoire de la médecine et des immenses progrès réalisés tant qu'on s'est soumis aux dures lois de la méthode née avec Galilée, l'orateur s'exprime ainsi :

« Aujourd'hui, comme hier, malheureusement la médecine continue à être la victime des systèmes, et le système du jour, c'est la bactériologie. Pour les véritables amis du progrès, il me semblerait aussi peu charitable de vouloir cacher cette dangereuse réalité que de chercher à tourner en ridicule les grands enseignements qui découlent de la découverte de ce monde microscopique incessamment aux prises avec l'être humain. Il est vrai que, dans les pages des plus illustres maîtres (Brieger, Cornil, Hayem, Klebs, Sternberg, etc.) sont explicitement marquées les limites qu'il faut, pour aujourd'hui, assigner à cette ère nouvelle qui se lève en pathologie et en thérapeutique. Mais le courant des médiocres entraîne tout, envahit les masses, ébranle les moins fermes, enthousiasme ceux qui n'ont aucune foi scientifique et qui sont prêts, chaque jour, à renier le dieu qu'ils adoraient la veille. L'unique cause qui a permis, après l'invasion de la pathologie cellulaire, l'invasion d'un système nouveau, cent fois plus intolérant et absolu que le premier, est le complet oubli de la méthode expérimentale.

« ..... Jusqu'aux travaux de Raulin sur le développement de l'aspergillus niger, continue le savant professeur, après avoir rappelé à grands traits l'origine de la bactériologie, « la bonne route fut suivie, et tout faisait présager qu'on ne s'écarterait plus de la rigueur expérimentale, que toutes les recherches sur le monde microscopique seraient soumises au plus sévère contrôle de la méthode née avec Galilée. Les travaux de Raulin (arrêt du développement de l'aspergillus niger sous l'influence des plus faibles traces de nitrate d'argent dans le milieu de culture) devaient inspirer aux expérimentateurs la plus extrême réserve, la plus grande prudence. Mais, depuis plus de dix ans, la microbiologie, au lieu de marcher pas à pas, de n'avancer qu'à coup sûr, a la prétention de se substituer à la pathologie et de la réduire en servitude. .... »

« ..... C'est un aveuglement général..... Chaque jour, on annonce la découverte du microbe de telle ou telle maladie, et le meilleur moyen d'arriver à la célébrité, c'est encore de découvrir un nouveau bacille pathogène..... L'affolement est devenu tel que, dans certaines cliniques ne possédant pas de revenus suffisants pour subvenir aux frais des recherches bactériologiques, on ferma des salles de malades pour procurer aux laboratoires les ressources nécessaires. Dans un grand hôpital de bienfaisance, le direc-

leur recommandait aux médecins d'être plus réservés dans leurs prescriptions alimentaires, sans quoi il se verrait forcé de restreindre de beaucoup le nombre des entrées, et il proposait le *même jour* de fortes sommes au passif du budget pour couvrir les frais nécessaires à l'installation de salles de bactériologie. »

..... Toutes les conclusions, en bactériologie, sont et ne peuvent qu'être prématurées, poursuit le maître italien. Elles ne reposent, en l'état actuel de la science, que sur des hypothèses qu'on ne prend point la peine de vérifier, de soumettre au contrôle de la méthode expérimentale, tant on a hâte de proclamer des résultats. Ces résultats ne peuvent être qu'illusions et erreurs; les principales données du problème nous manquent encore; nous ne sommes point au bout de l'étude des microbes, de leur morphologie qui nous servira peu, de leurs caractères distinctifs, et nous ignorons complètement surtout cette autre donnée, la plus importante, celle qui échappera longtemps, sinon toujours, à nos investigations : le milieu intra-organique, les causes hématiques qui favorisent la réceptivité ou confèrent l'immunité, etc.

Puis, passant à la discussion des expériences : « En général, les expérimentateurs se sont montrés de composition facile, mettant grande hâte à déclarer que l'inoculation de leurs cultures pures reproduisaient tous les symptômes de telle ou telle maladie. Mais je fais appel à la bonne foi de tous ces éminents collègues, qu'ils me disent quelles sont les affections artificiellement produites par ces inoculations de cultures pures qui reproduisent vraiment, dans son essence, la maladie naturelle primitive dont ils ont isolé les germes. Franchement, sauf pour le charbon et la tuberculose, ce sont, je crois, d'autres affections. Qui peut affirmer en toute sincérité avoir observé l'exacte reproduction de la malaria, d'une fausse membrane de diphthérie, etc.?

« La multiplicité même des microbes mis en cause pour les maladies vient déposer contre la probabilité des résultats. »

En présence de l'inoculabilité d'un même germe à la souris des villes et sa non inoculabilité aux rongeurs des champs : « A quoi peuvent servir les cultures pures? Quelles indications sérieuses peuvent-elles fournir sur les rapports qui unissent tel microbe à telle maladie si la similitude des conditions physico-chimiques du milieu est indispensable au succès de l'expérience, et si, en l'état actuel de la science, nous ne connaissons rien des conditions physico-chimiques que doit présenter le sang de tel ou tel animal pour devenir un excellent terrain de culture pour tel ou tel germe?... » « Quand dans les vaisseaux d'un animal on fait une injection de culture pure de *staphylococcus aureus*, cet animal peut mourir non, et j'insiste sur ce point, d'ostéomyélite, mais d'une sorte d'infection générale, et l'on n'observe jamais, dans ce cas, de localisation dans la moelle des os (1). Il faut, pour qu'apparaisse l'ostéomyélite, fracturer un des os de l'animal... » « De même pour l'endocardite ulcéreuse, il faut, après l'injection de ces bactéries considérées comme agents de l'infection, déterminer, à l'aide d'une sonde stérilisée, l'attrition mécanique d'une valvule pour amener les lésions caractéristiques de la maladie.

« Peut-on rigoureusement conclure de ces expériences que les microbes injectés sont bien la cause efficiente et pathogène de l'ostéomyélite et de l'endocardite ulcéreuse? Ces expériences ont un tel caractère de complexité, les différents facteurs en présence sont si disparates que, pour l'honneur de la méthode expérimentale, je suis désolé de voir bâtir sur d'aussi fragiles fondements la pathologie scientifique de l'avenir. Ce sont des conclusions à la vapeur, l'une des données du problème restant inconnue... »

Dans la dernière partie de sa conférence, M. Semmola s'élève contre la méthode parasiticide (acides phénique, salicylique) dans la thérapeutique des maladies infectieuses, méthode dangereuse par ses doses toxiques si elle veut être efficace, méthode de charlatan si elle s'accommode de doses faibles, c'est-à-dire impuissantes.

Mais, du reste, expériences *in vitro*, données de laboratoire et faits cliniques ne s'accordent pas. Est-ce, comme on l'a voulu prétendre, en tuant les microbes que le sublimé guérit la syphilis?

« Non, et pour deux raisons aussi simples que péremptoires. Un fait bien établi par

(1) Weichselbaum. (*Klinische Heil- und Streitfragen*, Vienne, 1887.)

expériences *in vitro* est celui-ci : les germes sont détruits par une solution de sublimé au 1/4000e à 1/1000e. Si les sels de mercure circulaient dans l'organisme à l'état de sublimé, on pourrait se faire illusion, mais c'est là une notion vulgaire de pharmacologie expérimentale que les composés mercuriels sont absorbés sous forme d'albuminates. Or, la solution d'albuminate mercurique ne possède pas le pouvoir antiseptique du sublimé. La puissance du bichlorure serait due, suivant Hayem, à son affinité pour l'albumine des germes; cette affinité étant déjà satisfaite par sa combinaison pendant l'assimilation avec des excès d'albumine, les microbes peuvent vivre en toute tranquillité. Mais ne tenons pas compte de ce fait, admettons même (grande concession pour simplifier les calculs) que les microbes syphilitiques ne sont contenus que dans le sang, la proportion de sublimé nécessaire pour stériliser le milieu sera aussi plus facile à évaluer, étant donné qu'on estime à 5 kilog. la masse sanguine.

« Suivant les résultats obtenus *in vitro*, il faudrait donc 1 gramme de sel mercurique répandu, au même instant, dans le torrent circulatoire. N'insistons pas sur la gravité irréparable des désordres qu'occasionnerait la présence à la même minute dans l'organisme de cette masse de sel toxique. On voit chaque jour dans la pratique 60 à 70 injections de sels mercuriques triompher des syphilides les plus graves. Cela fait, à un demi-centigramme par injection, un total de 30 à 40 centigrammes de sel absorbés pendant toute la durée du traitement, c'est-à-dire une disproportion considérable entre les données du laboratoire et les résultats cliniques. »

Enfin, après s'être défendu de vouloir ramener la clinique à l'empirisme des anciens, après avoir bien spécifié qu'il n'attaque en bactériologie que les conclusions prématurées et les hypothèses sans fondement, le professeur Semmola termine par des vœux ardents pour l'avenir de la médecine en général et de la médecine italienne en particulier. Ces vœux, il est heureux de les émettre « sur cette terre de liberté, parce que liberté et patriotisme sont les deux plus puissants auteurs des progrès dans les sciences. Sans ces alliés, point de méthodes expérimentales, car elles représentent la nationalité de la pensée en même temps que l'horreur de toute servitude intellectuelle. La science, il est vrai, n'a point de patrie, point de frontières. Mais elle ne devient universelle que lorsqu'elle est constituée et parfaite. A l'état d'évolution, c'est-à-dire de vérité non encore démontrée, chaque peuple possédant un génie particulier, une manière spéciale d'être et de sentir, lui imprime et imprime à ses études un caractère propre.

« A ces peuples donc ayant des traditions glorieuses, et d'imprescriptibles devoirs se bornant à imiter sans créer, je rappellerai les paroles de Virchow au Congrès des naturatistes allemands (1866) : *Elle est inféconde, la science qui n'a pas de caractère national.* »

Nul point du monde mieux que cette terre, résidence heureuse de la liberté moderne, n'est capable de faire entendre l'écho de ces paroles à la patrie de la méthode expérimentale, nul n'est plus digne de lui envoyer cet utile avertissement.

Vivent donc les Etats-Unis d'Amérique et vive l'Italie! Vive l'alliance de la méthode expérimentale et de la liberté scientifique! Mais, sur la bannière de ces deux alliées, il faudra écrire cette réponse de Desgenettes, médecin en chef de l'armée d'Egypte, à Bonaparte lui donnant l'ordre de le débarrasser de tous les malingres et convalescents : *Mon métier, à moi, c'est de conserver.*

Ch. S.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste de l'ovaire droit. — Sarcome du côlon transverse. — Ovariotomie. — Résection du sarcome. — Mort 22 mois après l'opération.

(Observation rédigée sur les notes de M. Monprofit, interne du service.)

Mme Fournier, née Roche (Elisabeth), tapissière, âgée de 44 ans, entre à l'hôpital Bichat le 16 octobre 1884, pour se faire opérer d'une tumeur abdominale qui s'est développée depuis environ deux ans. Cette malade est adressée par M. le professeur Cornil.

Réglée à 14 ans 1/2, Mme F... a présenté, vers l'âge de 18 ans, des accidents de chlorose, avec troubles menstruels très marqués, aménorrhée, retards, etc. Mariée à 22 ans, elle a eu quatre enfants : le premier, à l'âge de 23 ans ; le dernier, à 35 ans. Ses accouchements ont été faciles et les suites de couches normales. Quant au reste, sa santé a toujours été bonne.

Il y a deux ans, la malade a vu son ventre augmenter progressivement de volume ; une tumeur se formait peu à peu dans le côté gauche de l'abdomen, du même côté se manifestaient quelques douleurs. Pendant tout ce temps, les règles étaient normales, la santé générale conservée.

Vers le 15 août 1884, apparition de douleurs très vives dans le côté gauche du ventre, vomissements, ventre ballonné et fièvre. Ces phénomènes péritonitiques durent trois jours ; depuis ce moment, l'appétit n'est plus revenu et le ventre a toujours été un peu douloureux.

La malade entre une première fois à l'hôpital Bichat, le 3 juillet 1884, elle en sort le 3 août, l'hôpital étant fermé sous prétexte de choléra. Quelques jours après sa sortie, elle a ses règles. Le 31 août, perte sanguine assez abondante. Le 1er octobre, pas de règles.

Elle entre une seconde fois à l'hôpital le 16 octobre 1884.

Etat actuel : Le ventre est assez volumineux, un peu saillant du côté gauche ; pas de circulation veineuse anormale, ombilic non déplissé.

A la palpation, on constate la présence d'une tumeur manifestement fluctuante, arrondie et remontant jusqu'à la région épigastrique ; dans le flanc gauche, on sent un peu de résistance, comme si on pressait une masse solide.

A la percussion : matité à convexité supérieure, sonorité dans les flancs. On ne trouve pas d'ascite.

Au toucher, le col utérin est volumineux et entr'ouvert, entre ses lèvres fait saillie *un polype de la grosseur d'une amande ;* l'examen au spéculum confirme ce résultat. Léger écoulement sanguin.

Dimensions de l'abdomen : Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, 3 août, 83 centim. ; 16 octobre, 88 centim.

Distance xypho-ombilicale, 3 août, 12 centim. ; 16 octobre, 12 centim.

Distance ombilico-pubienne, 3 août, 18 centim. ; 16 octobre, 18 centim.

Distance de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, 3 août, 20 centim. ; 16 octobre, 20 centim.

Distance de l'ombilic à l'épine iliaque droite, 3 août, 19 centim. ; 16 octobre, 19 centim.

Opération le 21 octobre 1884. — Chloroformisation rapide et remarquablement facile ; pas de gêne respiratoire, pas d'asphyxie. La malade ne s'est débattue à aucun moment. Pas de vomissements pendant l'opération.

Les aides sont MM. Périer, Berger, chirurgiens des hôpitaux, et M. Montprofit, interne du service, qui anesthésie la malade.

L'incision médiane sous-ombilicale permet d'arriver au fascia transversalis très facilement. Au delà on pénètre dans une collection sanguine et fibrineuse. Prolongeant l'incision par en bas, on arrive bien dans le péritoine et on découvre un kyste du volume d'une tête d'adulte, assez profondément situé dans l'excavation.

Il y avait donc deux tumeurs : une supérieure, sorte d'hématocèle enkystée, intéressée par la première incision et siégeant au niveau de l'ombilic ; l'autre inférieure, véritable kyste ovarique.

Celui-ci, situé à droite, offre des adhérences assez étendues avec l'utérus et le rectum ; toutefois, après l'avoir ponctionné et en avoir retiré un litre de liquide jaunâtre louche, on parvient à l'isoler des parties voisines et à faire un pédicule lié avec deux fils de soie en X. Pendant les manœuvres d'isolement, on retira de la cavité pelvienne deux ou trois masses ovoïdes, semblant formées par de la fibrine et paraissant résulter d'anciens épanchements sanguins intra-péritonéaux.

L'ovaire gauche était sain, mais avec de nombreuses adhérences celluleuses. La trompe droite fut enlevée avec l'ovaire droit.

On retourna alors à la tumeur située au niveau de l'ombilic; cette tumeur, du volume de la tête d'un fœtus à terme, fut isolée de la paroi abdominale antérieure à laquelle elle adhérait par de nombreuses fausses membranes, constituant une sorte de coque renfermant du sang altéré.

Les adhérences de la tumeur avec l'épiploon, à gauche, furent dissociées, et on plaça trois ou quatre ligatures au catgut sur les vaisseaux de l'épiploon. Sur la ligne médiane et à droite, même dissociation des adhérences de l'épiploon et quelques nouvelles ligatures furent faites, mais la tumeur adhérait au côlon transverse dans une étendue de plus de 12 centimètres; peu à peu elle fut disséquée et séparée de l'intestin; toutefois, comme elle faisait partie intégrante de sa paroi, on dut ménager celle-ci et se contenter de réséquer ce qu'il était possible d'enlever. Des ligatures au catgut furent encore placées sur les vaisseaux lésés.

Une seconde masse, d'aspect fibrineux et volumineux, fut enlevée sans peine de la fosse iliaque droite, et correspondant à un notable épaississement du péritoine en cet endroit. La résection du côlon transverse, au niveau de la tumeur, fut discutée et rejetée. Toilette péritonéale et occlusion du ventre par 12 sutures profondes et superficielles. La méthode de Lister fut rigoureusement suivie.

L'opération a duré une heure un quart.

Le 21. — La journée se passe d'une façon assez calme. Dans l'après-midi, quelques vomissements jusqu'à minuit. Peu de douleur. Temp. soir : 38°2; pouls 90, resp. 20.

Une injection de morphine amena trois heures de sommeil dans la nuit.

Le 22. — Temp. matin : 38°6; pouls 116, resp. 26. Les vomissements ont cessé. Pas de douleur de ventre; soif un peu vive. Glace, champagne et rhum.

La malade rend des gaz par l'anus. Temp. soir : 38°4; pouls 110, resp. 26.

Le 23. — Nuit très calme, sommeil, pas de vomissements. Quelques coliques suivies d'expulsion de gaz par l'anus. Temp. matin : 38°; pouls 104, resp. 22.

Dans la journée, la soif est moins vive; les coliques diminuent. Sommeil. Temp. soir : 38°2; pouls 100, resp. 22.

Le 24. — Nuit très bonne. Sommeil. Temp. matin : 37°8; pouls 96, resp. 20.

La langue est rosée et humide. Un peu d'appétit; on commence à donner du lait. Pas de douleur de ventre. Temp. soir : 38°2; pouls 96, resp. 22.

Le 25. — Temp. matin : 38°2; pouls 96, resp. 20. On fait le pansement. Le ventre n'est pas ballonné.

Au niveau de la plaie, pas de gonflement, ni de rougeur; réunion parfaite. On enlève six fils profonds et un superficiel. La pression sur l'abdomen n'est pas douloureuse, sauf un peu dans le flanc gauche.

Temp. soir : 38°6; pouls 96, resp. 21. Dans la journée, quelques coliques avec émission de gaz.

Le 26. — Temp. matin : 38°2; pouls 92, resp. 21.

On transporte la malade dans la salle commune. Temp. soir : 38°.

Le 27. — Nuit calme. Pas de douleurs. On refait le pansement. Ventre plat et indolore. Suture complètement sèche. On enlève les six derniers fils d'argent. On commence à alimenter la malade. — Temp. matin : 37°6. — Soir : 37°9.

Le 1er novembre. — La plaie est complètement guérie. La malade urine seule; elle demande à manger. — Temp. matin : 37°2. — Soir : 37°6. Comme il y a un peu d'érythème phéniqué, on fait un pansement au chloral.

Le 3. — A partir de ce moment, la température oscille constamment entre 37° et 38°; la malade commence à s'asseoir sur son lit et l'appétit est revenu.

La cicatrisation est complète. Le ventre est souple et indolore.

Le 12. — La malade commence à se lever; les forces reviennent rapidement.

Le 21. — La cicatrice est complète et solide; elle présente une longueur de 14 centimètres, commençant à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic. Pas d'éventration. Le ventre est indolore. Par la pression, on provoque seulement une légère sensibilité dans la fosse iliaque et le flanc gauche. En pressant au niveau du côlon transverse, on ne détermine pas de douleur et on ne trouve pas de résistance anormale indiquant une tumeur.

La malade quitte l'hôpital.

La tumeur enlevée était un kyste, petit et multiloculaire, pesant 240 grammes; la masse sarcomateuse et les caillots pèsent 480 grammes.

L'examen microscopique du kyste et de la tumeur a été fait par M. A. Pilliet; en voici le résumé :

Kyste. — La paroi kystique, prise en un point où elle paraissait simple, offre la structure ordinaire : tissu conjonctif, en bandes parallèles, sans végétation à sa face interne. En un autre point, on y trouve un certain nombre de petites masses pédiculées et de nodules qui, fendus, laissent voir un tissu encéphaloïde énucléable, peu adhérent à la coque fibreuse. Sur une coupe fine, on voit dans l'épaisseur du tissu un certain nombre de nodules de toutes tailles, quelques-uns ne dépassant pas la grandeur des alvéoles du squirrhe, qui se sont développés au milieu d'un tissu parfaitement fibreux.

Tumeur. — Un fragment, provenant de la partie adhérente à la paroi abdominale, est constitué par du tissu fibreux, dur, infiltré par places de petits amas allongés de cellules de sarcome; une autre masse, grande comme la moitié de la main, à surface un peu villeuse, nous offre, au contraire, la structure du sarcome pur sans mélange de tissu fibreux. Sur la coupe d'un point taché de noir par un épanchement sanguin, on voit toujours le tissu fondamental sarcomateux; puis de larges caillots, remplis de globules sanguins, qui ont repoussé les tissus voisins; en quelques points, les globules sont remplacés par des masses hyalines colorées en rose par le carmin, formées de fibrine. Dans des points plus avancés, où l'hémorrhagie est plus ancienne, la fibrine est fibrillaire et il existe du pigment brun hématique disséminé.

Plus au centre du foyer sanguin, tout est granuleux, avec des faisceaux fibrillaires vagues et à directions diverses; des corpuscules graisseux rares, petits et réfringents, et quelques noyaux.

La portion de tumeur adhérente à l'intestin présentait des cloisons très dures, comme cartilagineuses et demi-transparentes. Il n'y existe pas de cellules de cartilage, mais un tissu fibreux très serré avec des cellules aplaties en long, comme dans le périchondre. En tous cas, si le tissu fibreux se présente à différents états, le sarcome est toujours le même; dans les petits îlots, les noyaux sont plus rapprochés les uns des autres, mais nulle part il n'y a d'éléments nucléaires. En quelques points, le sarcome est fasciculé; enfin, les capillaires sont partout très larges, avec paroi embryonnaire, ce qui explique les hémorrhagies.

En résumé, la tumeur adhérente au côlon transverse était un sarcome très vasculaire.

Le 8 janvier 1885. — La malade revient nous voir à Bichat; son appétit est excellent et elle se porte très bien, sauf un gros rhume, aujourd'hui passé, qui l'a beaucoup fatiguée.

Les règles sont revenues le 22 décembre, soit deux mois après l'opération. Elles ont duré quatre jours; depuis, il y a toujours un léger écoulement de sang, dû probablement au polype utérin que nous n'avons pas enlevé.

Le 23 juillet 1886, Mme F..., que nous avions perdue de vue, vient nous revoir. Sa santé est fort altérée depuis quelques mois, et voici ce qu'on constate : au niveau de l'ombilic, et empiétant sur les régions voisines, on sent une tumeur adhérente à la paroi abdominale, et qui se prolonge à droite et à gauche vers les fosses iliaques. Cette néoformation est peu douloureuse au toucher; il n'y a pas d'ascite, mais un peu de ballonnement du ventre. Depuis quelque temps, œdème des deux jambes, surtout à droite.

Perte de l'appétit; pas de troubles intestinaux marqués; pas de rétention des matières.

La cicatrice de la paroi abdominale est chéloïdienne et colorée en noir.

La malade a succombé le 30 août 1886, soit plus de vingt-deux mois après avoir été opérée.

Réflexions — La coexistence d'un sarcome, né probablement des parois de l'intestin avec un kyste de l'ovaire, n'est pas fréquente; car, sur plus de

150 opérations d'ovariotomie, nous ne l'avons rencontrée qu'une seule fois. Y a-t-il là simple coïncidence ou bien existe-il une relation entre la production des deux tumeurs? Nous sommes tentés de défendre cette seconde opinion, nous appuyant sur la nature maligne des néoformations kystiques de l'ovaire et leur structure, qui parfois se rapproche de celle des tumeurs sarcomateuses.

Un point de l'opération mérite d'être discuté; à savoir, si au lieu de se contenter de réséquer ou plutôt d'exciser la néoformation adhérente au côlon transverse, il n'eût pas mieux valu faire l'ablation complète de la tumeur, quitte à ouvrir l'intestin et à le suturer ensuite. Il nous est difficile de répondre à cette question, le parti que nous avons pris, c'est-à-dire l'excision, nous ayant donné une guérison immédiate rapide et une survie de près de deux années. Toutefois, dans des cas analogues, et surtout lorsque l'existence de la tumeur intestinale, ne sera pas comme ici une véritable surprise opératoire, je crois qu'il serait tout à fait indiqué de pratiquer l'ablation totale de la masse morbide et au besoin la résection et la suture de l'intestin.

Certes l'opération est plus longue, plus difficile, et, par conséquent, plus sérieuse, mais je crois qu'elle pourrait amener, sinon une guérison complète, au moins une survie plus longue que celle obtenue par une simple excision du néoplasme.

Ajoutons qu'il faut noter combien cette excision a été bénigne et a peu influé sur la guérison rapide de la malade, quoi qu'on eût affaire à un sujet dont l'existence était doublement compromise.

BIBLIOTHÈQUE

Conférences sur l'histoire naturelle a l'usage des candidats a la licence et des étudiants en médecine, par M. P. de Sède. — Paris, G. Masson, 1887.

Le livre si utile que vient de faire paraître M. de Sède échappe complètement à l'analyse. C'est, en effet, un résumé *absolument complet* de l'histoire naturelle tout entière qui se cache sous le modeste titre de conférences.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, son ouvrage ne dispense pas de suivre les leçons du maître ni de recourir aux traités complets, mais il évite aux étudiants des recherches longues et laborieuses à la poursuite des mémoires disséminés dans les recueils scientifiques.

« Offrir un résumé très concis des faits positivement connus de l'histoire naturelle, réunir des matériaux dispersés, rappeler en quelques lignes les théories longuement développées dans les auteurs classiques, tel a été notre but », dit M. de Sède.

Le nombre de ses lecteurs lui prouvera qu'il a certainement réussi dans la tâche qu'il s'était fixée, et qu'il a heureusement comblé une lacune existant depuis longtemps dans les livres destinés à l'enseignement.

De nombreuses figures schématiques et des tableaux synoptiques fort bien faits rendent la lecture de l'ouvrage encore plus profitable. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Pérégrinations d'une fourchette dans les voies digestives. — Le docteur William Wilson raconte, dans une lettre écrite de Florence, ce que le journal anglais, *North-western Lancet*, du 1er août 1887, appelle les *aventures* d'une fourchette dans l'estomac

et dans le canal intestinal. Il y a environ 16 ans, un Italien avala une fourchette en essayant d'imiter l'action d'un jongleur. De nombreuses tentatives furent faites pour retirer cette fourchette par l'œsophage, et plusieurs instruments furent créés pour la pêcher dans l'estomac, mais sans succès, et de temps en temps le patient avait des crises de douleur et des hémorrhagies. Finalement, il devint évident que la fourchette avait passé dans les intestins, et dernièrement la palpation permit de constater sa présence dans la fosse iliaque droite, entourée d'une tuméfaction considérable. Dans ces conditions le professeur Resati, ouvrant l'abdomen, la retire du colon ascendant. Cela fait la troisième fourchette chirurgicale des temps modernes. — R.

Traitement de la chlorose par le soufre. — Dans certains cas, ce n'est pas le fer mais le soufre, qui fait défaut dans l'économie. Se fondant sur cette considération théorique, Schulz et Strübing ont eu l'idée de donner le soufre contre la chlorose. Voici les conclusions qu'ils ont déduites de six cas dans lesquels ils ont appliqué ce mode de traitement : Dans les cas de chlorose simple, où le fer ne produit aucun effet, l'administration du soufre améliore l'état général d'une manière remarquable. Après l'emploi du soufre pendant un certain temps, on peut revenir avec succès au traitement ferrugineux. Mais le soufre n'est pas bien supporté lorsque la chlorose est compliquée d'un état catarrhal ou inflammatoire du tube digestif. Voici la formule conseillée par l'auteur : *Sulph. dépur.*, 150 grains ; *sacch. lact.*, 300 grains ; *M. F. pulv.* ; pour prendre une cuillerée à café trois fois par jour. (*The medical Chronicle*, août 1887.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1887. — Présidence de M. S PPEY.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Florian Krassowsky, sur le choléra asiatique et son remède universel ;

2° Une lettre de relation de M. Fessinger, au sujet de la fièvre typhoïde d'Oyonnax (Ain);

3° Une lettre en brochure de M. Alliot, à Meung-Beauron (Loir-et-Cher), sur la suggestion hypnotique.

M. BROUARDEL fait un long et remarquable rapport sur l'épidémie de suette miliaire observée dans le Poitou en juin et juillet 1887. Nous ne pouvons que donner un court résumé de cette intéressante monographie, soulignée par les applaudissements prolongés de l'Académie.

C'est le 16 mars 1887, pendant une épidémie de rougeole, qu'apparaissait le premier cas de suette nettement caractérisé. De là, elle gagna rapidement les arrondissements de Montmorillon, de Melle (Deux-Sèvres) et de Civray.

L'évolution de l'affection comprend trois périodes fort nettes : la première marque le début, la seconde est caractérisée par l'éruption, la troisième par la desquamation.

Un malaise général peut annoncer l'approche de la maladie ; mais le plus souvent elle débute brusquement en pleine santé. Cette période de début offre comme symptômes majeurs : *des sueurs*, dont l'abondance est très variable suivant les sujets ; *de la fièvre*, s'élevant souvent jusqu'à 40° ; *de la faiblesse* et *du malaise général*, parfois très marqués ; enfin, *des phénomènes nerveux*, caractérisés par des étouffements continus et paroxystiques, un sentiment de constriction, de barre épigastrique, des palpitations, de l'agitation, du délire. La langue est saburrale, la constipation est la règle.

La deuxième période commence avec l'éruption. Elle s'annonce par des démangeaisons, des picotements qui persisteront plus tard. Deux éléments sont à considérer dans cette éruption : 1° l'éruption de miliaire proprement dite, c'est-à-dire la papule miliaire se transformant plus tard en vésicule, s'ouvrant et s'exfoliant au dernier degré de son

évolution; 2° l'exanthème qui sert de substratum à l'éruption miliaire. Cet exanthème peut revêtir les formes rubéolique, scarlatiniforme et hémorrhagique ou purpurique et les parcourir successivement. L'éruption débute par la face et le cou, pour gagner de là le tronc et les membres. Dès lors, les sueurs sont moins abondantes, la fièvre et le malaise moins vifs. Le pouls se ralentit, on trouve des râles de bronchite, de la constipation; l'urine est rare, sans albumine; enfin, l'on note des épistaxis, des hémoptysies et des hémorrhagies intestinales.

La troisième période est caractérisée par une desquamation qui se présente sous deux formes principales : 1° desquamation par points isolés, en collerette; desquamation à grands lambeaux, écailleux, en doigts de gants.

Dès lors, la convalescence commence; elle est lente, incertaine, pénible, troublée par des crises spasmodiques ou névralgiques, et des accès de mélancolie.

Tel est le type que revêt ordinairement l'affection; mais deux variétés s'en écartent notablement : l'une, la *forme miliaire mortelle,* emporte le malade en moins de quarante-huit heures; l'autre, la *forme ambulatoire*, est extrêmement bénigne, uniquement marquée par des sueurs et une éruption miliaire. Le pronostic, bénin chez les enfants, plus grave chez les adultes, doit dans tous les cas être réservé. Le diagnostic paraît des plus faciles, étant donnés les traits objectifs qui s'écartent nettement de la scarlatine et de la rougeole. Cependant, la variété que M. Brouardel désigne sous le nom de *suette infantile* ou de *suette à forme rubéolique,* a prêté et peut facilement prêter à la confusion.

Les personnes que l'on interrogeait sur le début de l'épidémie croyaient n'avoir jamais eu affaire qu'à une rougeole ordinaire, mais toutes étaient cependant d'accord pour insister sur la malignité particulière de cette rougeole. Or, des caractères assez nets la distinguent de la rougeole proprement dite. Il y a des sueurs parfois profuses, des étouffements sans signes de lésion pulmonaire, des épistaxis fréquentes; l'éruption apparaît dès le deuxième jour; le plus souvent, la face est d'un rouge un peu sombre, et les plaques rosées ont une apparence grenue; l'éruption se fait par poussées; souvent il y a des rechutes. De plus, au double point de vue clinique et épidémiologique, cette forme rubéolique s'écarte encore de la rougeole. *Au point de vue clinique,* les sueurs, les étouffements, les vomissements dans la première période, la desquamation scarlatiniforme, la mort rapide au milieu de phénomènes nerveux intenses sont de bons caractères. *Au point de vue épidémiologique* :

1° La forme rubéolique de la suette apparaît dans des pays récemment frappés par la rougeole et y touche un grand nombre d'enfants.

2° Elle récidive dans la même épidémie sur les mêmes enfants.

3° Dans une même habitation, on voit souvent les parents alités, malades de suette classique; leurs enfants ont été atteints ou le seront ensuite sous la forme rubéolique.

4° L'incubation de cette forme est, dans certains cas bien notés, de vingt-quatre heures.

De tout temps, on a signalé une relation entre les épidémies de suette et de rougeole, et de tout temps les auteurs ont parlé de *rougeole hybride, modifiée par la suette.* Il ne faut sans doute voir dans ces descriptions autre chose que la suette à forme rubéolique.

C'est au milieu d'une épidémie de rougeole que l'épidémie actuelle a éclaté dans le canton de Lussac, mais il était intéressant de savoir si la suette est endémique dans la contrée. Les documents réunis dans ce but ont démontré cette endémicité et fait voir qu'il y avait à certains moments une sorte de réveil épidémique.

L'épidémie de suette de 1887 a été caractérisée par sa grande intensité et son peu de gravité : l'affection a atteint, en moyenne, 9 p. 100 de la population. Là où elle a frappé adultes et enfants, elle a été plus grave que là où elle a surtout été infantile. La mortalité a varié entre 33 et 5 p. 100 dans le premier cas; elle n'a pas dépassé 6,66 p. 100 dans le second.

Le caractère contagieux de la maladie a été très nettement prouvé par l'épidémie de 1887; malheureusement il a été impossible jusqu'à présent de déterminer les modes de transmission du contage, les autopsies ont fait défaut et les quelques examens de cultures de sang pris sur le vivant n'ont pu donner de résultats positifs. L'eau potable

paraît hors de cause, et, tout ce que l'on peut dire, c'est que la suette paraît se transmettre à la façon de la rougeole et de la scarlatine dont elle est si voisine.

Le service sanitaire, composé de M. le docteur Thoinot et de MM. Demelin, Louis, Parmentier, Pozzi, Hontang et Wallisch, internes des hôpitaux de Paris, fonctionna pendant toute la durée de l'épidémie sous la direction de M. Brouardel. Sa mission consista à désinfecter les locaux et les vêtements pouvant renfermer des germes infectieux et de s'opposer par de sévères mesures d'hygiène à l'extension du fléau. Ces deux résultats ont été poursuivis avec persévérance et ont certainement contribué à enrayer l'épidémie.

M. Guéniot fait observer qu'au XVIIe siècle les auteurs se sont longuement étendus sur une épidémie de suette miliaire s'attaquant uniquement aux femmes en couches et d'une gravité exceptionnelle. M. Brouardel a-t-il remarqué dans la dernière épidémie l'apparition fréquente de l'affection chez les femmes en couches et sa malignité spéciale chez ces malades?

M. Brouardel n'a, en aucune façon, été frappé de ce fait. Il a observé des cas de suette chez des femmes en couches, mais l'évolution de l'affection n'a rien offert de particulier, bien que son attention ait été précisément attirée sur ce point par la coïncidence fréquente d'une sorte de suette dans les maladies infectieuses qui atteignent cette catégorie de malades. Il pourra cependant rechercher dans les observations recueillies la solution de la question posée par M. Guéniot.

M. Tholozan lit un mémoire ayant pour titre : « *Les invasions épidémiques*, et formes diverses de la peste en Turquie, en Perse, au Caucase et en Russie. » Il pose en principe que l'affection procède par périodes d'activité et d'accalmie, et il signale ses différentes éclosions et disparitions depuis 1835. Il résulte de son travail que le fléau s'est toujours localisé dans les centres de populations où il était né; c'est là une garantie pour l'Europe, mais le danger n'en est pas moins constant et peut un jour devenir menaçant.

— La séance est levée à cinq heures. E. V.

FORMULAIRE

Topique contre la chancrelle phagédénique. — Rodet.

Jus de citron	6	grammes.
Laudanum de Sydenham	3	—
Sous-acétate de plomb liquide	4	—
Eau distillée	20	—

Mêlez. — On en imbibe des plumasseaux de charpie, que l'on étale sur l'ulcération chancreuse. — On varie la proportion du jus de citron, et on l'augmente progressivement, de manière à déterminer constamment une cuisson légère, mais appréciable.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Douzième Congrès de médecine de Pavie. — La séance solennelle d'ouverture du Congrès aura lieu le lundi 19 septembre, à onze heures, dans la salle d'honneur de l'Université de Pavie. L'élection du président se fera dans l'après-midi du même jour.

Voici les principales questions à l'ordre du jour dans les différentes sections :

Médecine. — Francesco Vizioli, professeur d'électrothérapie et de neuropathologie à Naples : Observations cliniques et considérations sur les tropho-névroses faciales. — Camillo Bozolo, professeur de clinique médicale à Turin : 1° Sur un nouveau signe des anévrysmes de l'aorte thoracique; 2° Albuminurie diabétique; 3° Cirrhose infantile. — Edouard Maragliano, professeur de clinique à Gênes : 1° Troubles de la circulation-porte

dans l'hépatite interstitielle en rapport avec l'ascite et les troubles de la circulation générale; 2° Mouvements réflexes vasculaires pendant la santé et pendant la fièvre. — Achille de Giovanni, professeur de clinique à Padoue : 1° Asphyxie des extrémités; 2° Diagnostic de l'artérite; 3° Cirrhose du foie dans l'enfance. — Antonio Ceci, professeur de clinique à Gênes : Sur un symptôme objectif pathognomonique de l'ectopie viscérale de l'abdomen. — Ampugnani : Action des injections gazeuses par le rectum dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Francesco Generali, premier médecin de l'hôpital de Modène : 1° Diverses formes d'endocardites avec localisations cérébrales; 2° De l'influence des maladies de la vessie sur les fonctions de l'estomac. — Magnali : Orchites d'origine palustre. — Lucatello (clinique de Gênes : Recherches bactériologiques sur la fièvre pneumonique. — Giuseppe Tampellini, professeur de zootechnie et d'hygiène à l'Ecole vétérinaire de Modène : Des différents modes de prophylaxie de la rage chez le chien et chez l'homme. — Hystérie, Hypnotisme, recherches sphygmographiques, etc., etc.

L'exposition se tiendraau collège Ghislieri; elle est divisée en treize sections. Les exposants sont au nombre de 156, parmi lesquels nous notons : les ministres de la guerre, de la marine, la Croix-Rouge, etc.

Une foule de médailles et récompenses ont été fournies par le ministre de l'intérieur, l'administration des hôpitaux, les Chambres de commerce, etc.

Le Congrès promet d'être intéressant et de donner d'importants résultats scientifiques.

Institut antirabique a Tunis. — Le docteur N. Casanello, qui est venu il y a quelques mois étudier au laboratoire du professeur Cantani la méthode d'inoculation préventive de la rage, a l'intention de fonder un Institut antirabique à Tunis. Pour lui faciliter son entreprise, le professeur Cantani lui a remis deux lapins à virus fixe provenant du laboratoire Pasteur, et M. le docteur Bareggi lui a donné les indications et l'a mis à même d'appliquer sa méthode pour découvrir les microbes du sang infecté par le virus rabique, méthode qui permet de reconnaître en toute assurance s'il y a lieu on non d'instituer ce traitement préventif et de commencer les inoculations.

(*Gazetta degli ospedali.*)

L'ovariotomie et le sens génital. — Le *British medical Journal* (avril 1887) publie une remarquable leçon de Lawson Tait sur le sens génital (conséquences physiologiques et psychologiques) après l'opération de l'ovariotomie.

L'auteur cite le cas d'une jeune femme de 22 ans qui, après guérison, devint inquiète, d'un caractère changeant et mélancolique. Elle était souvent prise de frissons et de douleurs de tête, avec congestions céphaliques. Elle se maria, mais refusa pendant deux ans de se soumettre au devoir conjugal et voulut divorcer. Après deux années, ces difficultés disparurent et le mari fut largement récompensé de sa patience. Chez une autre jeune femme, les mêmes symptômes persistèrent quatre années; après ce temps, le sens génital se montra fort exigeant.

L'auteur compare ces troubles après l'ovariotomie double à ceux qui se présentent à l'époque de la ménopause. Mais il ajoute que dans sept autres observations le sens génital resta absolument normal.

Nécrologie. — Est mort, à Breslau, le docteur V. Frielander, premier médecin de l'hôpital de cette ville. — Ch. S.

COURRIER

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la seine. — M. Lagneau rend compte d'une visite qu'il a faite dans des immeubles du passage des Poissonniers où un certain nombre de cas de variole se sont déclarés récemment. La plupart des malades atteints ont été transportés à l'hôpital et les locaux contaminés ont été désinfectes. M. le rapporteur a constaté que presque toutes les maisons de ce passage sont mal bâties

et insalubres. La maladie semble avoir cessé sur ce point et M. Lagneau n'a pu qu'engager les habitants à se faire revacciner.

Consulté sur le projet de la ville de Paris de construire, sur un terrain communal situé quai de Javel, une nouvelle usine élévatoire destinée à refouler de l'eau de Seine à l'étage inférieur de la distribution, dans la canalisation des services publics, le Conseil a chargé M. Hétier d'étudier la question au point de vue de l'hygiène. Le délégué du Conseil reconnaît que l'utilité de ce projet est indéniable au point de vue de l'augmentation des ressources en eau dont dispose le service de Paris pour l'arrosage des squares et des voies publiques, pour le lavage des ruisseaux et des égouts, mais il lui paraît indispensable de prescrire qu'en aucun cas les eaux prises en Seine, en aval de Paris, ne pourront être introduites dans la distribution du service privé.

Le rapport de M. Hétier donne lieu à des observations présentées par MM. Brouardel, Jungfleisch, Leuraud, le baron Larrey, Lépine et Voisin et rélatives, d'une part, à la nécessité d'installer une canalisation spéciale où seront lancées les eaux de l'usine élévatoire de Javel et, d'autre part, à la quasi-impossibilité d'arriver à ce résultat.

En résumé, après discussion, le Conseil, considérant que l'eau puisée en aval de Paris ne peut être utilisée pour l'alimentation publique sans exposer la population aux plus graves dangers ;

Considérant qu'il est à craindre que, contrairement aux intentions actuelles de l'Administration, la prise d'eau en question ne puisse plus tard être en partie employée à cet usage.

Émet un avis défavorable au projet de la ville de Paris.

Bulletin bibliographique.

Traité pratique d'auscultation suivi d'un précis de percussion, par Barth et Roger. Onzième édition, revue et augmentée d'un précis des méthodes accessoires d'exploration physique. Inspection, Mensuration, Palpation, par H. Roger, ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Henri Barth, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 raisin de 872 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 8 fr.

Manuel d'hygiène scolaire à l'usage des délégués cantonaux, des médecins inspecteurs et des instituteurs, par le docteur J. Dubrisay, délégué cantonal, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, et P. Yvon, pharmacien, délégué cantonal, membre de la Commission d'hygiène du Ier arrondissement, de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris. 1 vol. in-18 de 250 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Traitement antiseptique des diarrhées infantiles.

Quand l'enfant vient au monde, son tube digestif ne contient pas de microbes. Escherich n'en a trouvé ni dans le méconium, ni dans les matières fécales des tout nouveau-nés. Les microbes commencent à s'y montrer entre six et vingt-quatre heures après la naissance. Ce sont d'abord ceux de l'air ambiant que le courant d'air aspiré dépose dans la bouche et que la déglutition entraîne dans l'œsophage; ce sont ensuite ceux que l'alimentation introduit, quand l'enfant ne prend pas le sein; que le lait du biberon ait été additionné d'eau ou qu'il soit pur, mais non bouilli.

En tout cas, au bout de quelques jours, on trouve dans le tube digestif de l'enfant tout un monde de micro-organismes, levures, champignons, leptothrix, bacilles et bactéries. Il faut bien se garder de croire que ces microbes soient tous pathogènes. Il en est d'utiles, et M. Vignal vient de prouver qu'ils prennent part au travail physiologique de la digestion. Puisque nous envisageons ici le tube digestif de l'enfant, nous ne parlerons que de l'action de certains microbes sur le lait; Vignal a isolé parmi les hôtes du tube digestif des espèces qui coagulent le lait, fabriquent à ses dépens la leucine, la tyrosine, les acides gras, dissolvent la caséine, transforment la lactose en acide lactique. Ce travail de dédoublements et de métamorphoses s'accomplit peut-être ainsi dans le tube digestif des adultes par le travail des microbes. Mais chez l'enfant en lactation, l'action de ceux-ci n'est pas nécessaire, car son estomac contient tout ce qu'il faut pour digérer le lait sans microbes, c'est-à-dire une présure, une diastase sécrétée par les cellules elles-mêmes.

Les autres microbes du tube digestif sont pour la plupart indifférents,

FEUILLETON

CHRONIQUE

Fin du Congrès de Washington. — Le prochain Congrès aura lieu à Berlin en 1890. — Les médecins aliénistes devant l'administration. — Nouveaux méfaits de l'hypnotisme.

Avant de se séparer, le Congrès international des sciences médicales a décidé, samedi dernier, de tenir ses prochaines assises, en 1890, à Berlin. Il fallait s'y attendre. En supposant que les membres allemands du Congrès ne se soient pas rendus à Washington en plus grand nombre que les membres français, ils ont trouvé en Amérique de nombreux partisans en leur faveur, dans la personne des médecins américains qui sont d'origine allemande. A Copenhague, ce sont les protestations des médecins français, en particulier de MM. Trélat et Verneuil, qui ont empêché la session de 1887 d'être tenue à Berlin; cet obstacle n'existant plus cette année, vu le petit nombre de nos compatriotes qui se sont rendus à Washington, on devait nécessairement voter pour la capitale de l'Allemagne. Irons-nous à Berlin dans trois ans? J'avoue que j'aimerais mieux m'y rendre de cette manière pacifique que d'être obligé de parcourir une route jonchée de cadavres de soldats allemands et français. Mais on ne me demandera pas mon avis.

Dans cette dernière séance, le professeur Grailey Hewitt (de Londres) a exprimé, au nom des délégués étrangers, ses remerciements à M. le président Cleveland, pour sa

c'est-à-dire non pathogènes, du moins dans les conditions normales. Ils font fermenter la matière alimentaire et fabriquent à ses dépens une foule de substances chimiques, dont la plupart sont toxiques à dose suffisante, mais qui habituellement sont produites en quantité insuffisante pour intoxiquer, grâce au travail incessant des émonctoires; les acides acétique, butyrique, valérique, oxalique, l'hydrogène sulfuré et carboné, l'ammoniaque, la triméthylamine, la leucine, la tyrosine, l'indol, le phénol, le crésol, le scatol, et surtout des alcaloïdes, des ptomaïnes, sont les principaux produits de la vie des microbes.

Quand les microbes ne sont pas trop nombreux, quand la matière putrescible ne leur est pas livrée en quantité excessive, les organes protecteurs de l'organisme (foie, reins, etc) ont le temps soit d'emmagasiner pour les détruire ultérieurement, soit d'éliminer les produits toxiques résorbés dans l'intestin. Mais, si certaines conditions (chaleur humide, réaction chimique différente) transforment le contenu de l'estomac et de l'intestin en un milieu de culture particulièrement favorable à la multiplication des microbes; si la matière putrescible est fournie à ceux-ci en grande quantité, les produits toxiques précédemment cités vont augmenter dans des proportions si considérables que l'organisme ne pourra s'en débarrasser assez vite. Les accidents d'intoxication éclateront.

Parmi les substances chimiques que fabriquent les microbes du tube digestif, deux catégories paraissent particulièrement jouer un rôle dans les diarrhées des enfants, — les acides et les poisons alcaloïdiques.

Les acides peuvent provoquer la diarrhée en irritant directement la muqueuse intestinale. Les cas les plus simples, les moins violents de diarrhée peuvent être sous leur dépendance. Mais ceux qui sont remarquables par leur violence soudaine et leur rapide gravité, semblent revêtir les caractères des empoisonnements par les alcaloïdes.

Parmi les alcaloïdes auxquels la putréfaction donne naissance, et dont Brieger, A. Gautier ont étudié les caractères, il en est dont l'action physiologique n'est pas grande; mais d'autres sont de violents poisons.

---

présence à la cérémonie d'ouverture du Congrès; aux membres du Comité exécutif, pour leurs efforts afin de rendre les réunions aussi intéressantes que possible; au Congrès en général, pour l'attention accordée à la discussion des différentes communications présentées par les membres étrangers; aux Américains, pour l'hospitalité et l'amabilité dont leurs hôtes ont été l'objet pendant leur séjour dans la capitale des Etats-Unis. Les docteurs Martin (de Berlin), Landolt (de Paris) et Edmond Owen (de Londres) ont également parlé ensuite dans le même sens, aux applaudissements de l'assemblée.

Il est question de nommer M. Virchow président du prochain Congrès.

*
* *

A propos des derniers événements relatifs à des aliénés dont la presse et même la Chambre des députés se sont occupées outre mesure, le *Lyon médical* du 11 septembre présente quelques réflexions dignes d'attirer l'attention.

« Depuis quelques semaines, dit notre confrère, on fait beaucoup de bruit autour de certaines détentions arbitraires dans les asiles d'aliénés, et on critique sans la connaître suffisamment cette loi de 1838, qui est surtout défectueuse parce que les agents de l'administration n'en surveillent pas rigoureusement l'application. Mais, ici, comme dans bien d'autres circonstances, les prescriptions impératives de la loi sont méconnues ou ne sont pas appliquées par qui de droit. Pour preuve, la récente circulaire de M. le ministre de l'intérieur rappelant à MM. les préfets les visites à faire de par cette loi dans les asiles publics et privés.

Il en est qui déterminent chez les animaux la salivation, le vomissement, la diarrhée, la dyspnée, la paralysie et la mort.

D'autres amènent en peu de minutes l'hypercrinie des muqueuses conjonctivale, nasale, buccale, de l'intestin, puis la dilatation des pupilles, l'exophthalmie, l'élévation de la température, la paralysie, la trémulation fibrillaire des muscles, la dyspnée et la mort, la diarrhée étant le symptôme prédominant.

D'autres causent seulement un péristaltisme excessif du tube digestif et une diarrhée épuisante.

D'une façon générale, on peut dire que la plupart des alcaloïdes obtenus par décomposition de l'albumine ont une tendance à produire la diarrhée. Or, les matières albuminoïdes capables de se putréfier, et par conséquent d'engendrer ces ptomaïnes, existent dans le tube digestif des enfants. En première ligne vient le lait, et trop souvent d'autres espèces d'aliments azotés quand les enfants sont nourris d'une manière défectueuse. Dans beaucoup de cas, outre les aliments, il y a du mucus, l'exsudation séreuse des muqueuses enflammées, du sang même ou du pus, ou des eschares.

Ce que nous savons de l'action physiologique de certaines ptomaïnes éclaire incontestablement la pathogénie des symptômes qui accompagnent les diarrhées des enfants. Il y a des cas de choléra infantile dans lesquels de violents symptômes sont suivis d'une mort prompte, et où pourtant les résultats de l'autopsie n'expliquent pas cette marche foudroyante. Il y a aussi des cas de diarrhée, les uns aigus, d'autres subaigus, dans lesquels, peu d'heures avant la mort, on constate, avec l'état appelé hydrencéphaloïde, une élévation de la température. Les symptômes nerveux peuvent être rapportés à l'épuisement. Mais il est difficile d'expliquer l'hyperthermie ni par l'épuisement, ni par un processus inflammatoire né si peu de temps avant la mort. Ne paraît-il pas plus raisonnable de croire que, dans ces cas, une sorte de septicémie a été le résultat de l'intoxication par les produits de la putréfaction, soit résorbés dans le tube digestif, soit for-

---

« Si l'on en croit certains journalistes intransigeants, les médecins continuent à peupler les asiles de gens raisonnables; leurs attaques, dans notre ville du moins, commencent à produire des résultats déplorables. Nous tenons de source certaine que plusieurs médecins ont refusé, comme c'est leur droit, le certificat exigé par la loi, et ce retard dans l'internement des aliénés a donné lieu à plusieurs attentats contre des personnes.

« S'il faut attendre, pour ordonner l'internement d'un aliéné, que le diagnostic du médecin soit confirmé par l'enquête du commissaire de police, ou par un tribunal composé de gens compétents, bientôt les asiles français ne renfermeront plus que des incurables, à l'inverse de ce que l'on observe en Angleterre, où la proportion des guérisons est autrement plus forte qu'en France.

« Quant au médecin aliéniste, so situation est à la fois plus délicate et plus diffficile. Conserve-t-il dans l'asile un malade quelques jours de plus pour mieux constater sa guérison? Le médecin délégué de la préfecture intervient, et, conformément à ses conclusions, le médecin est blâmé (et même révoqué, comme dans l'affaire d'Armentières, sur laquelle nous donnerons plus loin de plus amples détails).

« Signe-t-il itérativement la sortie d'un malade qu'il considère comme guéri? Comme l'aliéné avait un jour fait feu sur la voiture du ministre, le médecin de la préfecture intervient encore, et le malade continue à être détenu par ordre. Ce dernier cherche à poignarder le médecin traitant, qu'il accuse d'être l'obstacle à sa mise en liberté. (Cas de l'aliéné Mariot... qui avait tiré sur la voiture de M. de Freycinet. Interné à Bicêtre,

més dans les tissus épuisés du corps? Des ptomaïnes peuvent même, en dehors de l'organisme, se développer dans le lait.

On signale de temps à autre des accidents d'intoxication à la suite de l'ingestion de fromages avariés et de lait aigri. Vaughan, médecin et chimiste américain, a trouvé l'agent nocif qui se développe dans ces aliments, et qu'il a appelé *tyrotoxicon*. C'est un poison de la classe des ptomaïnes, qui se présente sous la forme de longues aiguilles cristallines, solubles dans l'eau, l'éther, le chloroforme, l'alcool, et que produit l'action d'une grande quantité d'acide butyrique, développé par une putréfaction légère ou une fermentation excessive, sur la caséine du fromage. Volatil à la température de l'eau bouillante, ce poison a une odeur forte, pénétrante, mais qui est masquée dans le fromage par l'odeur spéciale de cet aliment.

Un exemple des accidents que peut provoquer la présence de cette ptomaïne dans le lait a été relaté par William Newton et Shippen Wallace (*Med. News,* 25 septembre 1886). Un soir, 24 habitants d'un hôtel de Long-Branch furent pris, quelques heures après le repas, de signes d'intoxication (nausées, vomissements, crampes, collapsus, peu de diarrhée); dans un autre hôtel, le même soir, 19 personnes éprouvaient des accidents analogues. Toutes se rétablissaient en quelques heures. Une semaine plus tard, 30 personnes, dans un troisième hôtel, étaient empoisonnées simultanément sans issue fatale. L'enquête, dirigée avec grand soin, prouva que ces intoxications avaient pour cause l'usage d'un lait qui n'avait été additionné d'aucune substance et avait été fourni par des vaches saines, mais qu'on avait expédié aussitôt trait et non refroidi à huit milles de distance, au mois d'août, pendant la plus forte chaleur. Dans ce lait, ayant subi une fermentation exagérée, s'était développée la ptomaïne découverte par Vaughan; on put isoler les cristaux de tyrotoxicon qui, administrés dans du lait à petite dose à un chat, lui donnèrent des signes d'intoxication analogues à ceux qu'avaient présentés les consommateurs du lait avarié.

---

dans le service du docteur Deny, il accusa celui-ci de le retenir, bien qu'il eût délivré plusieurs certificats autorisant sa sortie, et chercha un jour à le frapper au bas-ventre avec un couteau qu'il avait dissimulé dans un cornet de papier. M. Deny put heureusement éviter le coup.)

« S'agit-il de malades détenus dans un asile privé et dont l'internement a été discuté par le public? M. le préfet, usant du droit que lui confère la loi de 1838, ordonne assez souvent la mise en liberté de l'aliéné et semble ainsi donner raison aux adversaires des médecins. La presse ne manque jamais de donner son approbation à l'intervention de l'administration, mais se garde bien, en général, de faire connaître la suite de l'observation. Nous faisons ici allusion à une jeune institutrice internée comme folle dans un asile privé, mise en liberté, et bientôt réintégrée dans un asile public, cette fois aux frais de la ville de Lyon.

« Il nous serait facile de citer de nombreux faits où la mise en liberté par voie administrative a eu les plus fatales conséquences. Sans quitter Lyon, citons la mésaventure arrivée à M. B...

« Nommé procureur de la République en 18.., M. B... se rendit dans un asile privé pour écouter les doléances d'un monomaniaque, et convaincu par les arguments du fou, en ordonna la mise en liberté. Le médecin de l'asile, le docteur A... se borna à demander à l'aliéné quel usage il comptait faire de sa liberté. Il répondit : « J'irai mettre le feu à la maison de M. B... » Cet argument *ad hominem* refroidit le zèle de M. le procureur, qui pria le médecin de garder quelque temps encore son pensionnaire. »

On comprend que de jeunes enfants puissent éprouver, du fait de la ptomaïne du lait gâté, des accidents très graves.

A l'opinion qui assimile les diarrhées cholériformes aux accidents qui suivent l'administration de certaines ptomaïnes à des animaux, on objectera peut-être que les symptômes ne sont pas toujours identiques de part et d'autre.

Mais il faut réfléchir qu'il ne peut exister dans le tube digestif des enfants une seule espèce de ptomaïne, puisque l'intestin contient à la fois plusieurs variétés de substances albuminoïdes et plusieurs espèces de microbes. En outre, des ptomaïnes différentes, tout en ayant un effet commun, comme la diarrhée, peuvent posséder d'autres propriétés antagonistes, de telle sorte que l'effet de l'une peut être modifié ou neutralisé par une autre. Il est d'ailleurs impossible de prévoir exactement, d'après les expériences faites en dehors du corps humain, quelle sera l'action des alcaloïdes de putréfaction, lorsqu'ils se formeront en lui.

En résumé, on peut conclure avec M. Silas Allen Potter (1), auteur d'un intéressant travail sur la diarrhée estivale des enfants, auquel nous avons beaucoup emprunté, que les micro-organismes jouent un rôle pathogénique important dans un grand nombre de cas, que l'antisepsie du tube digestif est un élément essentiel dans le traitement, que l'antisepsie ne consiste pas seulement dans l'emploi de médicaments, mais exige la réalisation de toutes les conditions connues pour être défavorables à la vie et à l'activité des micro-organismes, mais que, pour faire l'antisepsie avec certitude, il faudrait posséder plus de renseignements que nous n'en avons sur la nature des organismes pathogènes, leur biologie et les conditions favorables ou défavorables à leur développement.

Le traitement antiseptique de la diarrhée des enfants est complexe. Il ne se borne pas à l'administration de médicaments antiseptiques. On doit y comprendre beaucoup de précautions conseillées de tout temps par les

(1) *New-York med. Rec.*, juillet 1887.

---

*
* *

L'affaire d'Armentières, à laquelle nous avons fait allusion plus haut, a été de la part du *Bulletin médical* l'objet d'une enquête dont voici le résultat, consigné dans son numéro du 10 août.

Un des internes de l'asile ne rentre pas à l'heure réglementaire. Le directeur croit devoir lui infliger une punition d'ailleurs proportionnée au peu de gravité du méfait. L'interne, ainsi que cela était son droit, refusa d'accepter la punition, seulement il dut quitter l'asile. Qu'il se soit retiré spontanément ou qu'il ait été révoqué, cela n'a aucune importance, puisque la cause de son départ n'a absolument rien d'inavouable.

Ce départ est cause d'une enquête, et c'est alors que l'on découvre ces « scandales » dont on fait tant de bruit.

Il y aurait eu des actes d'immoralité commis dans l'asile. Cela paraît exact, mais il s'agit d'infirmiers. Nous ne pouvons cependant pas être responsables de ce qu'un de nos infirmiers a violé une de nos malades.

L'alimentation est défectueuse. Il est possible qu'elle ne soit pas parfaite, mais le rapport de M. Napias constate qu'elle n'est ni mauvaise ni insuffisante et qu'elle est, comme quantité, supérieure à celle de la moyenne des asiles.

Le directeur abuserait des douches de punitions et il maintiendrait ses aliénés au bain, avec des couvercles rigides. C'est ce que l'on a appelé le supplice du carcan.

Voici ce que nous dit, à ce propos, le directeur de l'asile :

médecins, mais dont l'utilité ne s'explique que par la théorie septique de la diarrhée.

En faisant passer un enfant du biberon au sein, on prend une mesure antiseptique. Le lait qui sort de la mamelle est dépourvu de microbes, et le lait humain, même lorsqu'on le laisse exposé à l'air, résiste, d'après Baginsky, un plus grand nombre d'heures à la fermentation que le lait de vache.

Faire chauffer ou bouillir le lait, c'est de l'antisepsie. Les anciens avaient l'habitude d'éteindre dans le lait des cailloux rougis au feu pour le rendre plus convenable au traitement de la diarrhée. L'observation domestique a appris qu'il faut faire bouillir le lait pour qu'il se conserve. Les études plus exactes du laboratoire ont montré qu'en le portant pendant quelques minutes à la température de l'eau bouillante, on tue les bactéries qu'il contient et qu'en continuant à le maintenir à la même température pendant quinze à trente minutes on détruit même les spores. Un liquide fermentescible, ainsi stérilisé, restera intact jusqu'à ce que de nouvelles bactéries y soient introduites.

Stériliser complètement le lait n'est guère compatible avec les conditions de l'allaitement. On se rapproche des conditions du laboratoire en faisant bouillir le lait dans la bouteille même qui doit servir de biberon au nourrisson. On doit boucher la bouteille avec un tampon de coton préalablement stérilisé, et le bouchon ne sera ôté que lorsqu'on aura besoin de lait.

Tous les moyens, qui ont pour but de diminuer la quantité de matière putrescible livrée en pâture aux microbes du tube digestif, soit qu'on laisse ingérer moins d'aliment, soit qu'on prescrive des évacuants, sont du ressort de l'antisepsie. Dans le premier cas, les micro-organismes sont privés des matériaux nécessaires à leur multiplication; dans le second, les microbes et leurs produits sont expulsés.

Evacuer le contenu de l'intestin tant qu'il est formé de matières alimentaire indigérées dans lesquelles pullulent les microbes, s'opposer ensuite à

« Je me suis servi de la douche à l'égard des aliénés pervers et agressifs sur lesquels les autres moyens de contrainte restaient sans effet, mais je n'ai employé que la douche en pluie tamisée à travers les trous d'une pomme d'arrosoir qui est un des modes de la douche thérapeutique. Quant aux couvercles, il y en a deux à l'asile; ils sont rigides puisqu'ils sont en bois, et l'un d'eux est muni d'une coulisse qui peut avancer ou reculer suivant l'épaisseur du cou : c'est ce qu'on appelle carcan; mais le dit carcan est rembourré de cuir et il n'a jamais blessé aucun aliéné. Ces deux couvercles étaient avant moi à l'asile. »

Enfin, comme cela est de règle en pareil cas, on a parlé de séquestration arbitraire.

On a signalé comme tels :

« 1° Un dément sénile sans famille, incapable de travailler et qui était entré à l'asile au mois d'octobre.

2° Un épileptique qui avait commis au dehors une tentative de suicide et aussi, m'a-t-on dit, d'homicide. Bien que cet individu ne présentât plus de trouble mental depuis quelque temps, je n'étais guère disposé à proposer sa sortie à cause de ses antécédents.

3° Un autre épileptique successivement interné à Saint-Anne, à Bicêtre, à Saint-Lizier (Ariège) et à Armentières. Cet homme, buvant beaucoup, éprouvait à la suite de ses bations une recrudescence d'attaques et un trouble de la raison. A l'asile, où il ne buvait pas, il avait recouvré l'intégrité de ses facultés, il n'y était que depuis trois mois; il est sorti à la suite de l'enquête, mais huit jours après il se faisait ramasser par la

à la fermentation des nouveaux aliments qu'on y introduit, combattre les sympômes produits par les poisons que les microbes ont sécrétés, telles sont les indications à remplir dans les diarrhées plus ou moins cholériformes.

Le succès du *calomel* comme évacuant au début des accidents tient autant peut-être à ses propriétés antiseptiques qu'à ses propriétés purgatives. La plupart des médecins américains qui ont récemment publié des traitements du choléra infantile en font usage : Jacobi en donne 0,05 à 0,30 centig.; Emmet, 0,05 à 0,10; A. Caillé conseille des pincées de 0,02 mises d'heure en heure pendant cinq heures sur la langue de l'enfant.

La *résorcine* est usitée à la dose de 0,20 à 0,50 centig. en suspension dans une potion à la glycérine, ou en poudre, mélangée au bismuth, au carbonate de chaux, à la poudre de Dover (Jacobi); — sous forme de la potion : résorcine 0,10 centig.; eau de cinnamome, 60 grammes; teinture d'opium, 2 gouttes (Caillé).

Le *salicylate de soude*, 0,05 à 0,10 centig., ou la *naphtaline*, 0,10 à 0,20 toutes les deux heures (Emmet Holt).

Le *benzoate de soude*, 4 grammes; eau, 60 grammes; sirop, 10 grammes (Caillé).

L'*acide chlorhydrique*, suivant les formules que voici : acide chlorhydrique, 10 gouttes; eau, 60 grammes; pepsine pure, 2 grammes; sirop, 10 grammes, — ou acide chlorhydrique, 2 grammes; eau, 60 grammes; teinture d'opium, 2 gouttes; sirop simple, 10 grammes (Caillé).

Ce même médecin emploie une potion à l'*acide phénique* par 2 à 6 gouttes dans mucilage, 60 grammes, — ou *nitrate d'argent*, 0,40 centig.; eau distillée, 60 grammes.

Jacobi emploie une autre formule : nitrate d'argent, 0,001 à 0,002 millig.; eau distillée, 10 grammes toutes les deux heures. Il s'est servi aussi d'eau de créosote. Quand les vomissements prédominent sur la diarrhée, ce qui est assez fréquent dans le choléra infantile, il conseille de donner chaque

---

police de Lille, et il est actuellement dans le quartier d'observation des aliénés de l'hôpital Saint-Sauveur.

4° Un enfant sourd-muet qui avait crevé un œil à sa sœur, mis le feu au lit de son père pendant qu'il dormait et qui était devenu la terreur de son village.

Il est bon de dire que tous ces aliénés avaient été placés dans l'asile par l'autorité. »

*
* *

A ajouter au dossier des méfaits de l'hypnotisme, quand il est mis en œuvre par des gens étrangers à la médecine. C'est M. le docteur Andrieu qui raconte le fait à la Société médicale d'Amiens.

M. Andrieu fut appelé il y a quelque temps près d'un de ses clients habituels, le jeune C..., âgé de 16 ans, qu'il a déjà présenté à la Société médicale; il le trouva atteint d'une violente crise épileptiforme. C... avait été endormi par un négociant de la ville, et quand celui-ci avait voulu le réveiller, il fut pris de sa crise nerveuse, que l'endormeur ne parvenait pas à calmer. M. Andrieu réussit à saisir le regard du patient et à l'endormir. Pendant le sommeil hypnotique, C... raconta que, dans les derniers jours de la foire, il fut endormi par un saltimbanque qui, le trouvant bon sujet pour ses expériences, lui proposa de l'accompagner à la foire d'Abbeville. Sur le refus de C..., le saltimbanque l'endormit et lui suggéra qu'il serait malade, à son réveil, la première fois qu'il serait, dans la suite, soumis au sommeil hypnotique. C'est ce qui arriva. M. Andrieu lui suggéra alors qu'il n'avait rien, qu'il n'était plus malade, et le réveilla.

heure 15 gouttes de la potion : teinture d'iode, 15 gouttes ; eau de menthe, 30 grammes.

Le *thymol* a été employé depuis quelque temps dans certaines diarrhées. V. Martini (de Sienne) estime que, vu sa faible solubilité, il est très avantageux pour l'antisepsie intestinale ; on peut le donner à doses assez élevées sans crainte d'effets toxiques et, traversant sans se dissoudre la plus grande partie du canal intestinal, il exerce partout sur son passage son action antiseptique. Une seule fois chez un enfant très débilité, auquel de très fortes doses avaient été données, on a observé un peu de délire et un état soporeux.

Mais peut-être, à tous les antiseptiques précédemment cités, vaudrait-il mieux préférer le *naphtol* β, sur lequel M. Bouchard a poursuivi depuis deux ans de si patientes recherches. L'équivalent de toxicité du naphtol est de 1 gr. 60 par kilogramme de poids du corps. Il est légèrement soluble dans l'eau par agitation prolongée (0 gr. 33 p. 1,000). A cette dose, il jouit d'un pouvoir antiseptique manifeste. Son emploi diminue d'une manière générale le nombre des microbes contenus dans le tube digestif, ainsi qu'en fait foi l'examen microscopique. Mais, en outre, des expériences, entreprises pour rechercher son pouvoir antiseptique contre certains microbes déterminés, ont donné les résultats suivants. A la dose de 0 gr. 33 par litre de bouillon, le naphtol s'oppose à la germination des microbes de la morve, de la mammite gangréneuse de la brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du pneumocoque, des staphylococcus albus et auréus. Les microbes de la maladie pyocyanique, de la fièvre typhoïde, du rouget des porcs, sur lesquels l'expérience avait été faite, ont continué à se développer (1).

Les lavements abondants d'eau chaude alcoolisée ou salicylée répondent encore à une indication d'antisepsie.

Pour remplir l'indication de combattre les troubles nerveux causés par

(1) Registres du laboratoire de M. Bouchard.

Les crises nerveuses ne se reproduisirent plus. La nouvelle suggestion de M. Andrieu avait triomphé de celle du saltimbanque.

*
* *

Autre fait à ranger dans un autre chapitre du même sujet. On ne se figure pas combien les idées relatives à l'hypnotisme, magnétisme, métallothérapie, ont pénétré parmi les gens du monde, et les ravages qu'elles y ont produits, — sans compter la difficulté que les médecins ont à les combattre. En voici un exemple récent :

Une dame du monde, d'une soixantaine d'années, fort arthritique et névropathe, en proie depuis quinze ans à une névralgie protéiforme et très intense parfois, souffrait en dernier lieu dans la région dorsale du rachis et dans le bras gauche. Lasse d'essayer en vain mille remèdes prétendus antinévralgiques, et tous aussi impuissants les uns que les autres, elle eut un jour l'idée de tâter du magnétisme. Appartenant un peu au monde médical, elle se fit mettre en rapport avec un de nos jeunes névrologistes les plus distingués, ami de son fils, et qui un beau jour lui fit quelques passes magnétiques. Non seulement les douleurs du rachis et du bras gauche ne disparurent pas, mais elles gagnèrent le sein gauche et le bras droit. Désolée de cet état de choses, la malade appuie machinalement, en faisant sa toilette, cinq jours après cette fameuse séance, la main sur le sein gauche ; elle ressent une douleur plus vive et en même temps une sorte de dureté dans le sein. Elle communique cette particularité à son fils, qui prie aussitôt un des professeurs de la Faculté de vouloir bien examiner sa mère et

l'auto-intoxication, s'il y a collapsus entrecoupé ou non de convulsions, on prescrira le cognac, — le musc . 0,05 à 0,10 centig. toutes les quinze à trente minutes dans du mucilage jusqu'à la dose de 0,30 à 0,60 centig. (Jacobi); — le camphre, 0,01 (mêlé à sucre, 0,30) pour une dose toutes les trois heures, ou camphre, 0,01; poudre de Dover, 0,005 millig. pour une dose toutes les deux heures, ou camphre, 0,05 centig.; bismuth, 0,30; — les injections hypodermiques d'éther, de caféine (Caillé).

La diarrhée verte des nourrissons, dans laquelle MM. Damaschino et Clado avaient déjà fait connaître l'existence de micro-organismes, vient d'être étudiée à nouveau et plus complètement par MM. Hayem et Lesage dans une récente communication à l'Académie de médecine.

Les résultats thérapeutiques obtenus par l'acide lactique, dans ce cas, sont du ressort de l'antisepsie, puisqu'ils reposent sur l'impossibilité où serait le microbe pathogène de vivre dans un milieu acide.

M. Hayem avait essayé de combattre les troubles gastro-intestinaux des enfants en bas-âge et en particulier la diarrhée verte, par les moyens usités habituellement : réglementation des tétées et de l'alimentation, alcalins, poudres absorbantes; aucune de ces médications ne réussissait, et il reconnut que l'acide chlorhydrique, tout en donnant les meilleurs résultats, était encore un remède infidèle.

Ayant constaté que les vomissements et les selles étaient généralement neutres ou légèrement alcalins, il eut l'idée de recourir à l'acide lactique qui lui rendit les plus grands services sous forme de solution à 2 p. 100 à la dose d'une cuillerée à café, un quart d'heure après la tétée (5 à 8 cuillerées à café par vingt-quatre heures, soit 40 à 60 centig. d'acide lactique pur). Les vomissements, s'ils existent, cessent très rapidement; les garde-robes diminuent en même temps que leur coloration de verte devient jaunâtre. Puis elles deviennent normales, comme nombre et comme nature.

Ces résultats ne se maintiennent qu'à la condition de transporter rigoureusement hors de la salle où on soigne les malades tous les linges souillés

de donner son avis. L'éminent maître trouve le mamelon rétracté, la peau présentant les caractères de l'orange, une tumeur déjà assez volumineuse dans le sein et des ganglions engorgés dans l'aisselle. Evidemment le mal datait de longtemps, et était peut-être la cause de la névralgie du bras. Mais sa cliente fut persuadée longtemps que la tumeur ne datait que du moment de la passe magnétique, et que celle-ci en était la cause. Il fallut toute la puissance de persuasion de son chirurgien pour lui faire abandonner cette idée, et encore n'est-elle pas bien convaincue que la tumeur, dont elle ne souffre que depuis la séance de magnétisme, ait pu débuter auparavant.

SIMPLISSIME.

POUDRE CONTRE LA CONSTIPATION. — Huchard.

Magnésie anglaise	25	grammes.
Crême de tartre	13	—
Bi-carbonate de soude	2	—
Oléo-saccharure d'anis	1	gramme.

Mêlez et divisez en 40 cachets. — Un cachet au commencement de chaque repas, dans la constipation habituelle. — N. G.

par les matières vomies et surtout par les selles, et de les plonger dans une solution de sublimé.

L'interne de M. Hayem, M. Lesage, a, en effet, reconnu dans les matières vertes la présence d'un bacille particulier, qu'il a pu isoler et cultiver et qui produit la matière verte par une sorte d'excrétion. Il a, de plus, remarqué que l'acide lactique faisait avorter, même à faibles doses, les cultures de ce bacille faites sur de la gélatine peptonisée.

Ces recherches paraissent expliquer la contagiosité de la maladie; mais il ne s'ensuit pas qu'elle puisse être créée de toutes pièces par l'introduction du bacille dans le tube digestif.

L'acide chlorhydrique paraît avoir une certaine efficacité. Tous les acides, du reste, nuisent certainement, en dehors de l'organisme, au développement du bacille.

En dehors des acides, on trouve un grand nombre de désinfectants, parmi lesquels la naphtaline, l'iodoforme, le sulfure noir de mercure, le calomel paraissent mériter d'être mis à l'épreuve.

En résumé, la diarrhée des nourrissons doit dans certains cas sa coloration verte à une matière produite par un bacille particulier.

Elle est probablement préparée par un état dyspeptique qui permet à ce bacille de trouver dans le tube digestif le milieu qui lui convient. M. Hayem se croit, de plus, autorisé à dire qu'elle est contagieuse et que les germes déposés sur les linges tachés par les déjections sont les agents de la contamination.

Il y a quelques mois, M. Sevestre (1) attirait l'attention sur certaines broncho-pneumonies survenant dans le cours de diarrhées infantiles putrides et qu'il a observées assez souvent à l'hospice des Enfants-Assistés. Il a attribué avec raison, nous semble-t-il, les accidents broncho-pulmonaires à l'auto-intoxication résultant de la résorption de ptomaïnes dans l'intestin.

Se guidant sur cette interprétation pathogénique, il a mis en œuvre dans le traitement les antiseptiques; la naphtaline, le calomel sur tout lui ont donné des résultats meilleurs que les opiacés et le bismuth.

En somme, il y a dans l'état actuel de nos connaissances sur le rôle pathogénique des micro-organismes et des ptomaïnes dans beaucoup de diarrhées enfantiles des raisons très suffisantes pour légitimer l'emploi de la médication antiseptique de préférence aux autres moyens classiques.

P. Le Gendre.

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Assurance entre médecins en cas de maladie

Approuvée par arrêté ministériel en date du 7 décembre 1886.

Siège social : 8, Boulevard Saint-Denis.

L'*Union médicale* a, dès la création de cette Association, encouragé de tous ses vœux l'œuvre nouvelle, qui lui paraissait marquer un progrès dans les efforts tentés pour améliorer la situation de nos confrères, en les engageant solidairement dans la voie de la prévoyance.

Le but de l'association médicale nouvelle est nettement défini, et les moyens de l'atteindre sont tracés dans les statuts. L'approbation ministérielle, les avantages qu'elle

(1) Soc. méd. des hôp., 14 janvier 1887.

confère à l'Association et la certitude d'une bonne gestion dont elle est la garantie suffisent à nos confrères pour apprécier le caractère de l'œuvre.

Elle ne fait en aucune sorte double emploi avec les associations médicales actuellement existantes et n'est pas leur rivale. Ses principes sont entièrement différents : basée sur la prévoyance par la mutualité, elle constitue simplement une Société de secours mutuels dans la plus large et la véritable acception du mot, et elle n'emprunte qu'une bien faible part à la bienfaisance par l'admission des membres honoraires. C'est en réalité une assurance entre médecins en cas de maladie.

En effet, en adhérant aux statuts de l'Association médicale mutuelle, tout docteur en médecine, quelle que soit sa situation de fortune, s'assure le droit absolu à une indemnité quotidienne, en cas d'incapacité professionnelle temporaire ou permanente par suite de maladie ou d'accident.

Sous forme d'indemnité, l'Association alloue aux vieillards infirmes une somme trois fois plus élevée que le maximum de la retraite que peuvent légalement constituer les Sociétés de secours mutuels.

De plus, elle allouera aux héritiers directs, au moment du décès de l'associé participant, une indemnité équivalente à la part proportionnelle des bénéfices réalisés (art. 28).

Nous ne revenons pas sur le long exposé des documents sur lesquels s'appuie la loi fondamentale qui a servi de base aux statuts.

A l'appui des prévisions qui ont servi de base à la rédaction des statuts, le docteur Lagoguey nous a adressé l'année dernière l'exposé de situation de la Société amicale des médecins anglais, exposé que nous avons publié le 14 octobre dans notre nº 140, p. 627.

Il nous adresse aujourd'hui un extrait du quatrième rapport annuel de cette Société, qui confirme de la façon la plus absolue la certitude que tous les engagements pris par l'Association médicale mutuelle seront tenus. Il ne saurait, en effet, trouver, en faveur de l'œuvre qu'il a fondée avec le concours de quelques confrères dévoués, un argument à la fois plus précis et plus convaincant.

Il résulte du rapport que la Société amicale des médecins anglais a payé depuis sa fondation 96,950 francs pour indemnités de maladie, tout en réalisant pour cette seule branche de leur assurance une réserve de 194,850 francs.

Voici les chiffres de l'exercice 1886-1887 :

A. *Mouvement du personnel.*

Effectif au 30 juin 1886	676 membres.
Entrés dans l'année	120 —
Sortis dans l'année	22 —
Effectif au 30 juin 1887	774 —

Soit une augmentation de 98 membres.

B. *Recettes.*

Produit des primes ou cotisations	103.333 fr.
Intérêts des fonds placés	4.005
Total	107.338 fr.

C. *Indemnités payées aux malades.*

Nombre des malades, 92. — Nombre total des journées de maladie, 3,484.

Total des indemnités payées, 40,480 francs.

L'examen de ces chiffres montre que :

1º La moyenne de la cotisation annuelle s'élève à 134 francs environ ;

2º La moyenne de l'indemnité quotidienne pour maladie ou accident atteint 11 fr. 61 ;

3º La dépense totale pour indemnité de maladie s'élève à 38,1 p. 100 du revenu ;

4º La moyenne des journées de maladie par sociétaire et par an est de 3,484 : 676 = 5,15 ou de 3,484 : 774 = 4,50, suivant que l'on prend pour base du calcul le nombre des associés au début ou à la fin de l'exercice annuel.

En se reportant aux donnés du rapport de l'exercice 1885-1886, on constatera que le taux des cotisations et de l'indemnité quotidienne ainsi que la moyenne de la morbidité sont restés sensiblement invariables.

Si l'on compare ces résultats avec ceux que promet l'Association mutuelle, on verra que les fondateurs ont plutôt exagéré qu'atténué les risques et qu'elle présente les garanties de sécurité et de durée indispensable. Le nombre des adhésions qui augmentent chaque mois, est dès aujourd'hui suffisant pour permettre à l'Association mutuelle, le malheur échéant, de servir l'indemnité à un membre devenu totalement incapable d'exercer la profession.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Chorèla. — Sous l'influence d'une élévation de température, le choléra a un peu augmenté à Catane, où les décès causés par l'épidémie jusqu'à la fin d'août s'élèvent à 679.

Le *Bulletin officiel du Comité d'hygiène de Berlin* donne les renseignements suivants au sujet de l'épidémie de choléra qui sévit, cette année, au Chili :

La province la plus éprouvée fut celle d'Akonkagua : Dans les six premières semaines de 1887, 2,401 décès cholériques ont été enregistrés dans cette seule province. A Santiago, on compte 3,481 victimes, enfin dans toutle Chili la mortalité s'est élevée à 9,452 décès, ce qui donne la proportion de 7, 4 morts pour 1,000 habitants.

— En ce moment sévit à Londres une grave épidémie de scarlatine.

— Nous rapportions dans un des derniers numéros de l'*Union* un cas de contagion de coqueluche transmise par un enfant à un chat. La *Deutsch med. Wochenschrift* du 8 septembre cite un cas analogue.

Un enfant malade affecté de parotidite épidémique, jouait sur son lit avec un chat. Cet animal au bout de deux jours présenta tous les symptômes de la parotidite.

— D'après la *Deutsche med. Wochenschrift* du 8 septembre le nombre des congressistes à Washington s'élevait non pas à 2,500, comme nous l'avons annoncé, mais bien à 5,000.

— On sait que le Congrès international d'hygiène de Vienne doit s'ouvrir le 26 septembre à onze heures, en présence du Kronprinz Rodolphe. Ensuite la ville de Vienne offrira à ses hotes, dans sa nouvelle salle du Conseil, un lunch pour lequel le Conseil municipal a voté 5,000 florins. Le 27, on dansera, en l'honneur des congressistes, le ballet Excelsior à l'Opéra. Le 28, réception par le prince impérial dans la grande salle de la Redoute. Pest annonce des fêtes pour la clôture de la manifestion scientifique. Le nombre des congressistes dépasse 1,500.

Italie. — Ont été élus membres correspondants de l'*Accademia dei Lincei* le professeur Luigi Luciani (section de physiologie), et le professeur Camillo Colgi (section de pathologie).

Nécrologie. — Vient de mourir à l'âge de 78 ans le docteur Frédéric Hairion, professeur à l'Université de Louvain. Le docteur Hairion fut un ophthalmologiste distingué, il avait dirigé quelque temps l'Institut ophthalmologique de l'armée et présidé longtemps l'Académie de médecine de Bruxelles. — Ch. S.

COURRIER

— M. le docteur A. Bournet (d'Amplepuis) vient d'être chargé par le ministre de l'intérieur d'une mission scientifique en Corse, pour étudier le banditisme et la répartition géographique de la criminalité.

— M. Pichevin, interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission à Vienne, à l'effet de prendre part au Congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra dans cette ville pendant le mois de septembre 1887.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le professeur Verneuil.

Nouvelles observations de syphilides traumatiques.

Les rapports de la syphilis et du traumatisme, sur lesquels plusieurs travaux importants ont été publiés en France et à l'étranger depuis la thèse de mon élève L.-H. Petit, en 1875, tendent de plus en plus à être généralement admis, mais sont encore loin d'être établis d'une manière bien nette dans tous leurs détails. On sait que la syphilis peut compliquer toute espèce de blessures, aussi bien celles qui sont légères que celles qui sont graves, sans distinction de région ; que le traumatisme peut réveiller la syphilis restée latente depuis un grand nombre d'années, à la période tertiaire tout comme à la période secondaire; que le traitement spécifique guérit très bien et rapidement, en général, ces syphilides traumatiques.

Mais bien des points sont encore obscurs ; on ignore, par exemple, les conditions qui président à l'apparition des syphilides, soit au siège de la blessure, soit dans une région éloignée du corps; on ne sait pas davantage au bout de combien de temps après l'accident initial peuvent apparaître les accidents spécifiques sous l'influence des blessures, suivant que la syphilis a été ou non suffisamment traitée; lorsque les accidents spécifiques surviennent après un traumatisme, on se méprend encore trop souvent sur leur véritable signification, sur leur nature, et on néglige, par conséquent, d'avoir recours, aussitôt qu'il le faudrait, au traitement indispensable, mercuriel ou iodé.

C'est pour appeler de nouveau l'attention sur la question et en particulier sur ce qu'elle présente encore d'obscur, que je tire aujourd'hui de mes cartons plusieurs observations inédites, relatives à cet intéressant sujet.

Observation I. (Recueillie par M. L.-H. Petit.) — *Plaie contuse du pied. — Syphilis antérieure insuffisamment traitée. — Aspect syphilitique de la plaie.* — Louis Hartmann, 27 ans, soldat au 124° de ligne, entre, le 4 février 1871, à l'ambulance des Magasins-Réunis.

Cet homme a reçu le 20 janvier un coup de crosse de fusil sur la face dorsale du pied. Plaie contuse qui se recouvre d'une croûte les jours suivants. La croûte tombe et, à la place, apparaît une ulcération de la dimension d'une pièce de 5 francs. La plaie n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, le blessé entre à l'ambulance.

La plaie est alors assez irrégulière ; ses bords sont décollés, de couleur cuivrée ; le fond est bourgeonnant, peu de suppuration du reste.

Çà et là, sur les jambes, cicatrices de dimensions différentes, peu profondes, d'un brun jaunâtre et provenant de petits *boutons gouttés*, au dire du malade ; elles sont d'âges différents, quelques-unes paraissent très récentes.

L'aspect particulier de la plaie et de ces cicatrices attirent l'attention de M. Verneuil, qui pense à la syphilis, et interrogeant le malade, apprend que celui-ci a eu un chancre il y a un an. Les traces encore visibles ne laissent aucun doute sur la nature spécifique de l'accident primitif.

Le traitement antisyphilitique est institué : pilules de proto-iodure de mercure à

l'intérieur et pansement local avec l'emplâtre de Vigo. La cicatrisation prit alors une marche régulière. Le 20 février, au moment où nous avons quitté l'ambulance des Magasins-Réunis, la plaie a diminué des trois quarts. Nous avons ensuite appris la guérison rapide et complète du malade.

L'insuffisance du traitement dans ce cas est bien démontrée par ce fait que, l'accident initial datant d'un an, le malade n'avait pu se soigner que peu de temps avant l'entrée en campagne. Aussi une plaie minime a-t-elle suffi pour provoquer au point blessé l'apparition des syphilides.

Dans le fait suivant, publié dans un ouvrage peu connu, l'intervalle entre les accidents primitifs et secondaires fut plus long.

Obs. II — Le François, 26 ans, 28 septembre 1870. Fracture des deux os de l'avant-bras par une balle qui l'a traversé dans le sens de sa largeur. Gonflement et suppuration considérables des plaies. Attelles en zinc; cataplasmes émollients; injections d'eau phéniquée.

Le 6 octobre, extraction de plusieurs esquilles. La suppuration diminua insensiblement. La plaie antérieure prit un aspect chancreux. La blessé raconta qu'il avait eu, en 1865, une syphilis caractérisée. Traitement approprié : iodure de potassium, 10 grammes; calomel, 2 centig.; eau distillée, 180 grammes; une cuillerée à bouche matin et soir. Tisanes dépuratives. Régime tonique. Pansement de la plaie avec un onguent composé de : guimauve, 30 grammes; oxyde rouge de mercure, 1 gramme; extrait d'opium, 2 grammes; poudre de camphre, 5 grammes. Sous l'influence de ce traitement, la plaie guérit vite. Guérison complète au bout de deux mois. (Henry Van Holsbeck : *Souvenirs de la guerre franco-allemande*, 2e édit. 1872, p. 33.)

Voici maintenant un fait dans lequel l'insuffisance bien constatée du traitement primitif a permis à la syphilis d'évoluer rapidement, puisque deux ans seulement après le chancre une plaie contuse revêtit l'aspect gommeux, alors que le malade présentait encore des accidents secondaires dans l'arrière-gorge. Le traitement mixte, institué aussitôt, amena vite une amélioration sensible des accidents.

Obs. III. (Recueillie par M. L-H. Petit.) — *Plaie contuse chez un syphilitique. — Traitement de la syphilis antérieure presque nul. — Aspect gommeux de la plaie. — Traitement interne et externe. — Guérison rapide.* — Jaze, Louis, 24 ans, entre le 22 avril 1876 à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 28, pour une ulcération rebelle de la partie inférieure de la jambe droite.

Cette ulcération, de 6 centimètres environ de diamètre, siège au niveau et en arrière de la malléole; elle a tout à fait les caractères d'une gomme ulcérée : bords rouges, violacés, décollés, déchiquetés; fond grisâtre, pultacé; suppuration abondante et sanieuse; la plaie, très profonde, va presque jusqu'à l'os.

Cet homme contracta la syphilis en août 1874; il eut un chancre qui se cicatrisa presque sans traitement. Quelques mois après, éruption de boutons à la peau; traitement mercuriel qui fut interrompu définitivement après une quinzaine de jours par suite de l'apparition d'une stomatite.

Un an après, en septembre 1875, la chute de plusieurs pains de sucre fit une plaie contuse sur la face externe du pied, mais en particulier sur le point le plus saillant, la malléole externe. Les écorchures du pied guérirent assez rapidement, mais la partie la plus sérieusement atteinte se couvrit de bourgeons qui, peu à peu, prirent mauvais aspect. La plaie se creusa, ses bords s'ulcérèrent peu à peu, ce qui motiva l'entrée du malade à l'hôpital.

Les ganglions inguinaux et cervicaux sont engorgés des deux côtés. Rougeur vive du pharynx, avec quelques ulcérations.

Traitement mixte. — Pansement de la plaie avec le sparadrap de Vigo.

12 mai 1876. — Plaie diminuée des trois quarts en étendue et en profondeur, mais conservant encore l'aspect gommeux.

Cazenave a publié autrefois un fait très curieux dans lequel l'application d'un vésicatoire chez un syphilitique fut suivie du développement, au même point, de croûtes et d'ulcérations qui, loin de se cicatriser, ne firent au contraire qu'augmenter. (Cazenave : *Traité des syphilides*, p. 536.)

J'ai observé également l'apparition de manifestations syphilitiques dans une région irritée par un vésicatoire, dans les deux cas suivants :

Obs. IV. — *Ecthyma et ulcérations syphilitiques sur le lieu d'application d'un vésicatoire volant.* — G..., 23 ans, bonne santé habituelle; pas d'antécédents diathésiques; fièvre typhoïde dans l'adolescence; blennorrhagie et orchite en 1879. En juillet 1880, chute sur le genou droit; hydarthrose, pour laquelle il est reçu à l'hôpital. Quelques jours après son entrée, apparition à la verge d'un chancre infectant antérieurement contracté. Traitement spécifique. G... quitte l'hôpital au bout d'un mois.

Il y rentre le 21 décembre 1881 pour une hydarthrose nouvelle du genou gauche survenue encore à la suite d'un choc reçu le 18; on place un large vésicatoire volant qui était sec au bout d'une semaine. Or, le 12 janvier 1882, c'est-à-dire vingt jours environ après son application, on vit apparaître en son lieu et place six grosses pustules d'ecthyma qui s'ouvrirent et furent bientôt remplacées par des ulcérations assez profondes et tout à fait caractéristiques.

On employa localement l'emplâtre de Vigo et on prescrivit le traitement mixte.

L'effet fut si prompt que, le 20, les ulcérations étaient déjà presque entièrement fermées.

Quelques jours plus tard, il ne restait plus que des taches brunâtres.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est le peu de rapidité avec laquelle les manifestations syphilitiques se produisirent au point d'application du vésicatoire, et la facilité avec laquelle elles disparurent sous l'influence du traitement spécifique. Il faut encore tenir compte dans l'étiologie de ces syphilides, du choc primitif sur le genou, puis de l'hydarthrose, qui avaient déjà irrité la région avant l'application du vésicatoire; celui-ci joua alors le rôle de cause occasionnelle.

On peut donc en conclure que la puissance du virus syphilitique était alors assez faible, puisqu'il fallut une irritation répétée et très vive pour la réveiller, et que quelques jours de traitement suffirent pour la neutraliser.

L'observation suivante offre un intérêt particulier à cause des difficultés qu'offrait le diagnostic touchant la nature de l'ulcération consécutive au vésicatoire. La malade était tuberculeuse et paludique; le mauvais aspect de l'ulcération pouvait donc s'expliquer par l'état quasi-cachectique où elle se trouvait; de plus, elle niait la contamination syphilitique, qui, du reste, était peut-être congénitale. Malgré cela, en me guidant sur les caractères objectifs de la plaie et sur la facilité avec laquelle les irritations externes provoquaient les manifestations syphilitiques, j'instituai le traitement, qui confirma bientôt mes soupçons.

Obs. V. — *Ulcération tertiaire consécutive à l'application d'un vésicatoire. — Traitement spécifique. — Guérison.* — Marie D..., 20 ans, fleuriste, entrée à l'hôpital de la Pitié le 24 septembre 1881. Antécédents morbides nombreux, père syphilitique, mère encore vivante, hystérique. Marie elle-même a été affectée dans sa première enfance de gourmes et d'ophthalmies. A 6 ans, éruption vésiculeuse accompagnée de fièvre; pendant plusieurs années, à peu près dans la même saison, cette éruption se reproduisit en diminuant toutefois de durée et d'intensité. Vers 12 ans, la malade commence à tousser et

à souffrir du côté gauche de la poitrine. A 14 ans, séjour de trois mois à l'hôpital pour une gastrite rebelle.

A 15 ans, Marie, chétive, de petite taille, à peine développée et n'ayant pas encore vu les règles apparaître, devient enceinte et accouche sans accident d'un garçon qui succombe cinq mois plus tard à une affection intestinale.

Six semaines après la délivrance, recrudescence des symptômes pulmonaires; on prescrit la viande crue, le quinquina, l'huile de foie de morue. La malade sort de l'hôpital, mais elle y rentre deux mois plus tard, atteinte, sans cause appréciable, d'une pelvi-péritonite qui se prolonge pendant trois mois environ; à 17 ans, nouvelle grossesse; naissance sans accident d'une fille qui meurt dix mois après d'une affection de la poitrine. En avril 1879, Marie va en Algérie; elle est prise presque aussitôt de fièvre intermittente quotidienne. Retour en France et séjour à Marseille à la fin de l'année 1880. L'état de la poitrine est meilleur, mais les fièvres reviennent encore de temps à autre, moins longues et moins intenses à la vérité qu'en Afrique.

Le 28 août 1881, Marie, admise à l'hôpital Cochin, y fait une fausse couche à quatre mois et demi environ. Les suites n'en sont pas graves, mais la région hypogastrique reste douloureuse; de sorte que, le 2 septembre, on applique *loco dolenti* un large vésicatoire, lequel, au lieu de sécher comme à l'ordinaire, suppure abondamment, puis se couvre d'ulcérations et, finalement, se métamorphose en une plaie large et profonde de 2 millimètres en moyenne.

Divers topiques étant employés sans succès, la malade rentre chez elle le 21 septembre, mais trois jours après se fait admettre dans mon service, salle Lisfranc, n° 31.

Le chirurgien qui me remplaçait constate le reliquat de la pelvi-péritonite, mais ne se prononce pas sur la nature de la plaie de l'hypogastre. Il prescrit des pansements antiseptiques soignés et, à deux ou trois reprises, une cautérisation avec la solution de nitrate d'argent. Malgré cela, la cicatrisation ne s'effectue pas, et lorsque, ayant repris mon service, j'examine à mon tour la patiente le 24 octobre 1881, je trouve une large ulcération, à bords festonnés, saillants, de forme ovalaire, et recouverte de distance en distance de petites croûtes. La peau voisine est d'un brun rouge. Point d'engorgement ganglionnaire.

Le ventre est encore douloureux. La poitrine est relativement en assez bon état, bien que les sommets renferment certainement des tubercules. La fièvre intermittente n'est pas revenue, mais la faiblesse est grande et la santé générale est mauvaise.

Malgré les dénégations de la patiente, qui affirme n'avoir jamais eu d'affections vénériennes, reconnaissant dans la plaie abdominale les caractères des ulcérations syphilitiques secondaires tardives ou tertiaires précoces, je prescris, en même temps que les toniques, le traitement mixte par le sirop de Gibert et les applications locales d'emplâtres de Vigo.

Le résultat fut tout à fait décisif, la cicatrisation commença aussitôt; au bout d'une semaine, elle était très avancée; l'épidermisation gagna de la circonférence au centre, et de légères croûtes se formèrent.

Dans la première quinzaine de novembre, la cicatrice, achevée, était rose et un peu indurée. La malade, très joyeuse, demande son *exeat*; je lui recommandai de continuer le traitement. Je ne l'ai pas revue.

Dans le fait suivant, le diagnostic a été entouré de beaucoup d'obscurités. La marche anormale de la plaie opératoire en fit rechercher la cause dans l'état général du malade; on ne trouva que la phosphaturie; mais celle-ci ne pouvait avoir donné à la plaie l'aspect d'une gomme ulcérée. Aussi, malgré l'absence de renseignements sur la syphilis antérieure, je me crus autorisé à administrer le traitement spécifique, dont l'efficacité fit cesser tous les doutes sur la nature de la complication.

Obs. VI. — *Névrome du nerf cubital. — Ablation; dégénérescence gommeuse du foyer opératoire. — Traitement spécifique. — Guérison.* — M. M..., 72 ans, de haute taille et de forte structure, est atteint, depuis de longues années, de dilatation des bronches qui

le force à passer tous les hivers dans le Midi; il digère mal et l'analyse des urines a révélé à plusieurs reprises un notable degré de phosphaturie.

En 1885, il vient me consulter pour un névrome du nerf médian gauche, du volume d'une noix, siégeant à trois travers de doigt environ au-dessus du pli du coude et occasionnant de vives douleurs.

Je conseillai l'opération, qui fut pratiquée par un autre chirurgien. On fit la réunion immédiate qui réussit; mais, pendant quatre ou cinq jours, paraît-il, l'opéré souffrit cruellement de sa plaie.

Le 3 mars 1887, étant de passage à Nice, je fus mandé par M. M..., qui y était installé depuis le commencement de l'hiver. Il me montra sur le trajet du nerf cubital gauche une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, ayant tous les caractères d'un névrome et occasionnant des souffrances si vives et si continues qu'il ne fallait pas moins de cinq à six injections de chlorhydrate de morphine d'un centigramme chaque pour obtenir un peu de soulagement. Il en était résulté une perte d'appétit, une diminution des forces et un amaigrissement notable.

Je proposai l'ablation, qui fut acceptée et pratiquée le surlendemain 5 mars après la préparation d'usage et en particulier après une analyse des urines qui ne montra ni glycose ni albumine (c'est plus tard seulement que j'appris l'existence antérieure de la phosphaturie). Comme l'état de sa poitrine n'était pas satisfaisant et que M. M... avait grand peur du chloroforme, je me bornai à faire l'anesthésie locale avec la pulvérisation éthérée qui supprima toute douleur pendant l'incision de la peau et des couches sous-cutanées.

La tumeur était située à 10 centimètres au-dessous de l'articulation du coude, de sorte que pour l'atteindre à ce niveau il fallait opérer comme pour la ligature de l'artère cubitale à sa partie supérieure, c'est-à-dire inciser l'aponévrose, pénétrer dans le premier interstice musculaire à partir du cubitus, séparer enfin le muscle cubital antérieur du fléchisseur superficiel des doigts. Comme on était guidé par le névrome, tout cela fut aisé, et je mis bientôt à nu la tumeur sur la partie antérieure et externe de laquelle on voyait distinctement s'appliquer et adhérer l'artère cubitale et ses veines. Comme il eût fallu isoler ces vaisseaux dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, je les liai au-dessus et au-dessous de leur passage sur le névrome, et je réséquai la portion comprise entre les deux ligatures. La tumeur étant bien découverte, je passai au-dessus d'elle une aiguille de Deschamps pour soulever le nerf cubital et coupai celui-ci d'un seul coup de ciseaux. La douleur fut vive, mais dura à peine une seconde, la section du nerf au-dessous du névrome fut à peine sentie.

La tumeur avait la forme d'une petite figue arrondie du côté du poignet, fusiforme sur le coude; elle était de consistance fibreuse et d'un blanc nacré. M. M... ayant demandé à la conserver, on n'en fit point l'examen, mais le diagnostic était fort clair, et quant à la variété, il s'agissait d'un fibrome traversé à son centre par le nerf cubital.

Grâce à l'aide que m'avaient donné MM. les docteurs Heilbron et Baudon, l'opération avait été très rapide et les tissus à peine froissés. Je plaçai une ligature à chaque angle de l'incision, un bout de drain pour assurer l'écoulement et empêcher les muscles écartés de fermer en se rapprochant le fond de la plaie. Je saupoudrai légèrement celle-ci de poudre d'iodoforme, puis enfin, mis par dessus le tout, un morceau de gaze iodoformée, et un pansement ouaté. Je n'avais pas fait la réunion : d'abord parce qu'elle avait été suivie de douleurs très vives lors de la précédente opération, et que sans doute elle n'aurait pas réussi, la santé générale étant mauvaise par suite de l'état du tube digestif et des organes respiratoires ou par l'effet du morphinisme.

M. M... était enchanté. La douleur de l'opération avait duré à peine quatre à cinq minutes, et les souffrances antérieures s'étaient instantanément dissipées après la section du nerf. Les doigts auriculaire et annulaire étaient devenus tout à fait insensibles; la sensibilité obtuse dans la sphère de distribution du nerf médian n'avait subi aucun changement.

Je crus pouvoir promettre une cicatrisation prompte et une guérison sans accident. Il fut convenu avec les confrères qui m'avaient assisté qu'on laisserait le premier pan-

sement trois ou quatre jours en place, et qu'en cas d'inflammation légère on plongerait le bras dans le bain antiseptique aussi longtemps et aussi souvent qu'il le faudrait.

Mon optimisme fut trompé. Le docteur Baudon m'écrivit, en effet, pour me dire que la réunion secondaire sur laquelle je comptais ne s'était pas effectuée; que la plaie avait fourni une suppuration séreuse et de mauvaise nature; qu'elle s'était entourée surtout d'une induration épaisse, profonde et diffuse, s'étendant particulièrement du côté externe.

Un décollement assez large s'était produit de ce côté, dans lequel le pus était retenu et d'où étaient sorties à deux reprises de volumineuses masses de tissu mortifié, comme s'il s'agissait d'un phlegmon diffus profond. La dernière masse expulsée avait le volume et la longueur du petit doigt.

Tout ce désordre local s'était d'ailleurs produit sans fièvre et à peu près sans douleurs. On avait toujours employé les antiseptiques, bains prolongés, injections phéniquées et iodées, et les pansements avaient été faits soigneusement et régulièrement avec plusieurs topiques successifs. On avait enfin cautérisé plusieurs fois la fistule avec le nitrate d'argent; le tout en vain.

On avait proposé de faire une autre ouverture et un drainage. M..., qui désirait rentrer à Paris, refusa et vint me montrer l'état des parties. Je le vis le 24 avril, cinquante jours après l'opération. Les choses étaient en moins mauvais état que les semaines précédentes, mais la cicatrisation ne faisait aucun progrès depuis plus de quinze jours.

Je constatai l'existence d'une fistule pénétrant à trois centimètres de profondeur, répondant au centre à peu près de la plaie opératoire et entourée de parois épaisses et indurées; un drain debout y était placé. Les muscles de la couche superficielle semblaient durs et inextensibles dans la région malade. La suppuration était peu abondante et mal liée, l'indolence absolue. La cicatrisation était un peu saillante et d'une coloration brunâtre qui me frappa et me rappela la teinte des vieilles ulcérations syphilitiques cicatrisées.

Récapitulant alors la marche si insolite de la plaie, l'élimination de gros bourbillons, l'induration si étendue des parties molles sous-cutanées et des muscles, l'état stationnaire de la cicatrisation, l'absence d'inflammation et d'indolence, je m'arrêtai à l'idée d'un syphilome développé dans un foyer traumatique récent.

Comme il n'y avait point d'urgence, je voulus, d'accord avec le médecin ordinaire de M. M..., soumettre mon hypothèse à l'expérimentation thérapeutique. Nous nous bornâmes donc à bien nettoyer la fistule en y laissant le drain, à établir sur la région indurée une douce compression avec la ouate et la flanelle, et à prescrire enfin localement une friction avec la pommade à l'iodure de potassium, tandis qu'à l'intérieur nous faisions prendre chaque matin 5 centig. de proto-iodure d'hydrargyre et 1 gramme d'iodure de potassium chaque soir.

L'effet fut surprenant : au bout d'une semaine, la suppuration était presque tarie; il fallait raccourcir le drain de moitié. Huit jours plus tard, la cicatrisation était complète et l'induration commençait à se ramollir. Enfin, tout était fini vers le 20 mai.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes, par le docteur G. Rappin, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Nantes, 1887.

Cette publication est un produit de la province, qui fait honneur à la province. Notre jeune confrère y a exposé les résultats d'utiles travaux sur un détail de pathologie qui n'avait encore été qu'à peine étudié au point de vue auquel il s'est placé, à savoir, la recherche des micro-organismes dans les tissus cancéreux. D'ailleurs, il y a déjà un certain temps qu'il est entré dans cette voie, ainsi que le prouve sa thèse sur les *Bactéries de la bouche* en 1881. Relativement à ses travaux actuels, il n'existait guère dans la science que la phrase suivante de MM. Cornil et Babès : « Peut-être, dans un avenir prochain, trou-

vera-t-on des micro-organismes dans les tumeurs cancéreuses et sarcomateuses. » Les recherches de notre auteur ont apporté à la phrase ci-dessus une réponse affirmative. Il pense avec raison que cette découverte peut contribuer beaucoup à éclairer l'étiologie et l'évolution des tumeurs en général, et en particulier des tumeurs malignes, et exercer une influence salutaire sur leur traitement. Ses recherches sur les carcinomes et les sarcomes sont bien dirigées, bien exposées, et méritent d'être continuées. Ses cultures comparatives de tumeurs bénignes et de tissus normaux sont curieuses : « Le résultat de ces cultures, dit-il, s'est montré constamment affirmatif..... Au bout de peu de temps, après vingt-quatre heures à peine, à la température de 37° C., on voit se développer dans les tubes, autour du point inoculé, de fines bordures blanchâtres, constituées par des colonies de bactéries, parmi lesquelles j'ai pu noter plusieurs espèces. » Ainsi, « des particules de tissus normaux mises, avec toutes les précautions nécessaires, en contact avec des milieux nutritifs appropriés, donnent naissance à des bactéries ». Où siégeaient les parents de ces nouveaux êtres vivants? Faut-il dire avec l'auteur qu'on « pourrait ériger en principe que dans toute cellule, séparée de son milieu physiologique ou des conditions normales de son existence, c'est-à-dire tendant à se mortifier, le protoplasma évolue et donne naissance par sa transformation à certains micro-organismes? »

Quoi qu'il en soit, après une discussion intéressante sur les questions afférentes au sujet qu'il a traité, et principalement sur l'action des microbes dans l'étiologie des tumeurs malignes, l'auteur donne comme conclusion pratique les indications suivantes : « 1° Tenter, lorsque cela sera possible, des injections interstitielles de liquides antiseptiques; 2° rechercher s'il n'existe pas entre le principe infectieux qui constitue le caractère de malignité de certaines tumeurs et les leucomaïnes une analogie qui permettrait de trouver un composé qui, neutralisant ce principe, constituerait peut-être le spécifique de ces tumeurs. »

Le travail de notre confrère est loin d'être complet. Nous l'engageons vivement à le continuer avec le même courage et les mêmes soins. — G. R.

Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité, par Azam, préface de Charcot; 1887, in-12°, VII, 283 p. — J.-B. Baillière et fils.

M. Azam est le premier en France qui ait cherché à contrôler par des expériences personnelles les résultats extraordinaires annoncés par Braid. Servi par les circonstances, il tirait le plus grand parti des sujets d'expérience qui présentaient spontanément la plupart des phénomèmes du braidisme. Il fallait une certaine indépendance d'esprit et une curiosité scientifique robuste pour essayer de remonter le courant qui, à cette époque, n'était rien moins que favorable à des études abandonnées aux charlatans et aux rêveurs. M. Azam su s'affranchir des préjugés et il est devenu un des initiateurs de l'hypnotisme scientifique qui passionne aujourd'hui de nombreux adeptes, et a, pour ses débuts, révolutionné la psychologie.

Ce petit livre réunit les différents travaux du professeur de Bordeaux, qui marquent comme les étapes du chemin parcouru depuis le jour où il rencontra Félida X..., jusqu'à celui où il eut la notion claire et définitive, puis la solution du problème posé par cette singulière personnalité. Ce n'est donc pas là un traité didactique de l'hypnotisme, mais l'ouvrage en a toute la valeur, attendu que l'ordre chronologique dans lequel les différentes phases d'une question se sont successivement présentées vaut bien l'ordre logique des idées, comme procédé d'enseignement. — R. Longuet.

REVUE DES JOURNAUX

De la paralysie diphthérique du pneumogastrique. — M. Alfred Suss, ancien interne des hôpitaux de Paris, a consacré à cette question encore obscure un travail très intéressant basé sur l'observation clinique et la discussion critique des recherches faites avant lui. Les conclusions auxquelles aboutit l'auteur sont les suivantes :

Dans le cours de la paralysie diphthéritique, on observe assez fréquemment des troubles fonctionnels dans la sphère du pneumogastrique. Ces troubles se traduisent du côté du cœur par le ralentissement suivi bientôt de l'accélération et de la petitesse du pouls; à ces signes se joignent presque toujours de l'angoisse précordiale et une douleur très violente du côté du cœur. Du côté des voies respiratoires, on constate une dyspnée considérable et parfois une grande irrégularité de l'inspiration et de l'expiration, plus rarement on observe les phénomènes dits « de Cheyne-Stokes ». Du côté des voies digestives, il survient des douleurs gastro-intestinales très violentes, presque toujours des vomissements alimentaires ou pituiteux.

Lorsque tous ces symptômes sont associés, la maladie a une marche foudroyante et dure rarement plus de vingt-quatre heures. Il peut cependant y avoir des exceptions, mais la mort est la terminaison fatale. Lorsque les symptômes pulmonaires et surtout cardiaques sont isolés, la guérison survient dans quelques cas sur la fréquence desquels il n'est pas possible de se prononcer aujourd'hui.

Tous ces accidents apparaissent le plus souvent dans le cours d'une paralysie du voile du palais, et quand celle-ci est en décroissance; le malade doit donc être très réservé dans son pronostic.

Le seul traitement qui ait produit quelques résultats, c'est l'application de l'électricité sur la région cardiaque ou bien sur la partie postérieure de la poitrine. Il faut employer la faradisation avec persévérance et jusqu'à la dernière extrémité.

Au point de vue de la pathogénie et de l'anatomie pathologique, l'auteur estime que les caillots rencontrés dans le cœur et les vaisseaux et qu'on a invoqués comme causes des accidents, n'ont rien de spécial à la diphthérie, qu'ils se forment *post-mortem* et ne peuvent expliquer les symptômes.

Les lésions bulbaires, qui n'ont du reste jamais été trouvées, ne pourraient rendre compte des symptômes cardiaques ou pulmonaires que l'on rencontre isolément et encore moins de leur curabilité.

Des altérations sur les branches terminales du pneumogastrique, c'est-à-dire des filets des plexus pulmonaires, cardiaques, abdominaux, peuvent seules permettre d'interpréter logiquement tous les signes de certaines observations. Ce sont ces lésions qui restent à trouver. L'auteur déclare trop modestement qu'il ne s'est pas cru la compétence nécessaire pour entreprendre une étude aussi délicate. Il n'a eu la prétention de faire qu'un travail d'observation clinique. Le lecteur estimera sans doute, comme nous, que M. Suss s'est en effet fort bien acquitté de cette entreprise. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le professeur Marey donne lecture d'une note sur la « photochronographie appliquée au problème dynamique du vol des oiseaux :

« J'ai montré précédemment, dit-il, que la cinématique du vol était complètement éclairée par la photochronographie. Sur des séries de figures en relief, représentant les attitudes du goéland et du pigeon à des instants successifs de la révolution de leurs ailes, on a vu comment s'enchaînent entre eux les mouvements d'élévation et d'abaissement de ces membres, leurs alternatives d'extension et de flexion, les changements d'inclinaison des rémiges, enfin les déplacements des pattes et de la queue.

« Ces figures en relief, disposées dans un zootrope, reproduisent les mouvements de l'oiseau qui vole, avec une lenteur qui permet d'en saisir facilement les phases. Grâce au relief des images, l'illusion est absolue et l'on peut voir, suivant qu'on observe tel où tel point de son parcours, l'oiseau voler en s'éloignant de l'observateur, passer transversalement, ou revenir sur lui.

« Grâce à l'obligeance de mes amis, Milne-Edwards et Geoffroy Saint-Hilaire, j'ai pu étendre à un assez grand nombre d'espèces d'oiseaux l'analyse des mouvements et cons-

tater, à travers certaines dissemblances superficielles, la similitude des actes essentiels du vol.

« Je vais montrer aujourd'hui que la photochronographie contient les éléments nécessaires pour résoudre le problème dynamique du vol, c'est-à-dire pour mesurer les forces musculaires de l'oiseau et le travail qu'il produit.

« Il n'est pas besoin de rappeler les erreurs auxquelles de grands mathématiciens ont été conduits pour avoir basé leurs calculs sur des données inexactes. La cause de ces erreurs résidait tout entière dans l'impossibilité où l'on était autrefois de déterminer exactement les mouvements de l'oiseau.

« En mécanique, si l'on connaît la masse d'un corps et les mouvements dont elle est animée, on en déduit la valeur des forces qui agissent pour produire ces mouvements. Sur les photochronographies d'un oiseau qui vole, nous pouvons mesurer tous les déplacements de la masse de son corps et la vitesse de ces mouvements. D'autre part, nous connaissons l'une des forces auxquelles est soumise la masse de l'oiseau, la pesanteur ; nous pouvons mesurer expérimentalement une autre de ces forces, la résistance de l'air; l'inconnue à dégager sera donc la force musculaire de l'oiseau, avec son moment d'action et la valeur de ses deux composantes, dont l'une, verticale, agit contre la pesanteur, tandis que l'autre, dirigée horizontalement, surmonte la résistance d'inertie de la masse de l'oiseau et la résistance que l'air oppose à sa translation. »

M. Mascart, en présentant à l'Académie trois nouveaux volumes des « Annales du bureau central météorologique » (t. I, III et IV ; 1885) s'exprime comme il suit :

« Dans ces volumes je signalerai, en dehors des publications habituelles, plusieurs mémoires de caractères différents : de M. Moureaux, sur les observations magnétiques au parc de Saint-Maur; de M. Michelier, sur les variations des glaciers dans les Pyrénées; de M. Angot, sur la climatologie de Fécamp, d'après les observations faites pendant trente années par MM. Eugène et Charles Marchand ; de M. Renou, sur la pluie à Paris depuis 1688 ; de M. Boname, sur le climat de Madagascar ; enfin de M. Léon Teisserenc de Bort, sur l'importance des hautes pressions d'Asie pour la prévision du temps en Europe, et sur la circulation générale de l'atmosphère. »

M. Ph. Breton adresse un mémoire mathématique sur la mesure des sensations lumineuses en fonctions des quantités de lumière. En voici les conclusions :

« Les quantités de lumière sont proportionnelles au moyen carré des amplitudes des oscillations des molécules de l'éther, et sans doute aussi au moyen carré des oscillations que l'éther imprime aux terminaisons des filets nerveux de la rétine ; ces carrés sont proportionnels au travail qui met en vibrations ces molécules, et, si l'on essaye de déterminer l'équivalent mécanique de la lumière, il faudra l'évaluer en kilogrammètres, comme on l'a fait pour l'équivalent dynamique de la chaleur. Quant aux sensations lumineuses, puisqu'elles sont proportionnelles aux racines carrées des quantités de lumière, c'est-à-dire aux amplitudes des oscillations, ces sensations sont proportionnelles aux efforts nécessaires pour écarter les molécules de l'éther (et celles des filets rétiniens) d'une demi-amplitude de part et d'autre de leur position d'équilibre. Ces efforts devront donc être comptés en kilogrammes (et non en kilogrammètres). »

FORMULAIRE

Pilules contre le chancre induré. — Diday.

Proto-iodure hydrargyrique	ãã	1 gramme.
Thridace		
Extrait thébaïque		0 gr. 15 centigr.
Extrait de gaiac		2 grammes.

F. s. a. 20 pilules. — Une le matin à jeûn, et une le soir après la digestion du dernier repas, lorsque l'induration qui accompagne le chancre est douloureuse, et qu'elle ne tend pas à disparaître, à mesure que le chancre guérit. Après chaque pilule, avaler un

demi-verre d'eau ou de tisane. — En cesser l'usage pendant trois ou quatre jours, si les gencives deviennent irritées, ou s'il y a pesanteur d'estomac, inappétence et diarrhée. — En recommencer l'emploi, à la dose de une par jour, lorsque ces accidents sont dissipés. — Enfin, cesser encore l'usage du remède, si l'intolérance de la muqueuse gingivale ou gastro-intestinale se manifeste de nouveau. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Amputation pendant le sommeil hypnotique. — Le 29 juillet dernier, le docteur Pio Masetti a pratiqué, à l'hôpital San-Giacomo de Rome, l'amputation du col de l'utérus sur une malade rendue insensible par le sommeil hypnotique.

L'expérience a été couronnée d'un plein succès. Pas un cri, pas le plus petit mouvement, pas le moindre signe de douleur pendant l'opération.

— L'hôpital Fatebenefratelli de Milan vient de rouvrir ses portes; à l'hôpital Maria Vittoria de Turin vient d'être annexé un dispensaire avec clinique pour les maladies des femmes.

— Le conseil municipal de Prague avait arrêté que les cadavres des individus morts dans les prisons et les corps transportés à la Morgue seraient exclusivement destinés à la Faculté de médecine hongroise. Les professeurs de la Faculté de médecine allemande de Prague se sont émus de cette décision et en ont appelé devant le gouverneur. Il a été définitivement résolu que la Faculté allemande et la Faculté hongroise auraient chacune la moitié des cadavres en litige.

— Dans un article qui court les journaux allemands insistant sur la nécessité qui y a d'attirer l'attention non seulement des parents, mais des enfants eux-mêmes ayant obtenu le certificat d'étude sur l'encombrement des différentes carrières, nous extrayons le passage suivant qui a trait à la profession médicale :

« Pendant qu'en France par exemple, le nombre des médecins décroît ou n'augmente pas, tout au moins en proportion de la population, chez nous la carrière médicale s'est encombrée au point que nombre de médecins ne peuvent trouver dans les soins qu'ils donnent aux malades une rémunération en rapport avec leurs besoins ».

Les lazarets en Italie. — En application de la loi du 5 juin 1887, l'administration des lazarets d'Italie (personnel et matériel), a passé tout entière sous la dépendance du ministère de l'Intérieur. Rien ne la rattache plus au ministère de la marine.

Œufs artificiels. — Le *The Farmer's review de Chicago* nous apprend que les Américains, passés maîtres en l'art de la fabrication du beurre, du fromage artificiel, viennent de tenter la fabrication des œufs artificiels : le blanc est composé d'albumine; quant au jaune, il est formé d'un mélange, en certaines proportions, de farine de maïs, d'amidon et d'huile.

Ces œufs auraient sur les produits de la poule les inestimables avantages suivants : tout en ayant une valeur nutritive au moins égale à celle des œufs naturels, ils se conserveraient bien mieux et seraient plus faciles à transporter, la coque étant plus solide!

Secret professionnel. — Un médecin belge avait été condamné en première et seconde instance pour avoir refusé de donner le nom de la mère de l'enfant dont il venait déclarer la naissance. Répondant à une interrogation faite à la chambre des députés, le ministre de la justice dut convenir qu'il n'existait aucune disposition légale pouvant obliger le médecin à violer le secret professionnel. La Société de médecine belge se propose d'étudier à fond cette question qui se présente de temps en temps, afin de lui donner une solution claire et satisfaisante.

Rage. — Vient de mourir à Londres, au rapport du *Brit. med. Journal*, un homme atteint de rage et vacciné suivant la méthode Pasteur. Le 14 juin ce malheureux avait été cruellement mordu à la main gauche ; arrivé à Paris, le 25, il subit le traitement à l'Institut Pasteur pendant 17 jours ; il est mort à l'hôpital Saint-Georges à Londres le 7 août.

En Hollande, la rage a fait, d'après le rapport vétérinaire, de grands ravages chez les animaux. Alors qu'en 1876 les cas de rage s'élevaient à peine à 35, on en a enregistré 78 en 1886. La maladie a été constatée avec certitude sur 11 chiens et 2 chats et ne fut que probable chez 16 chiens et 2 chats. 23 hommes ont été mordus et 13 traités à l'Institut Pasteur, un seul est mort; c'était un garçon de 13 ans, mordu le 18 juin et vacciné seulement dix jours après, le 28.

La lèpre dans les provinces de la Baltique. — Le plus grand nombre de malades atteints de lèpre se trouvent à Riga, il y en a 35, dont 13 hommes et 22 femmes. L'âge des malades varie de 20 à 70 ans. Dans les dix dernières années, on a constaté à Riga 10 décès causés par la lèpre. Depuis 1880, l'hôpital des lépreux compte 29 malades ; 7 sont morts. Actuellement il y a 2 malades en traitement.

Un autre foyer de lèpre se trouve à 20 milles de Riga (Holmhof). Ce fut en 1860 que commença à être observée la maladie apportée par des soldats libérés venant du sud de la Russie. Sur 21 cas, il y eut 10 morts.

On compte en outre 108 malades sur les différentes côtes de la Baltique.

Pour ce qui est du mode d'infection, on ne peut incriminer ni l'air, ni le contact direct des malades. D'après le professeur Munch de Kiew, la propreté des habitations et la bonne hygiène suffit à préserver de la maladie. Mais les populations pauvres où sévit de préférence, et presque exclusivement, le fléau, sont d'une malpropreté désespérante.

Ch. S.

COURRIER

Hôpital des varioleux a Paris ; service intérieur. — On n'ignore pas les efforts que n'ont cessé de faire les médecins des hôpitaux de Paris et les hygiénistes depuis plus de trente ans afin d'assurer la prophylaxie de la variole et en particulier l'isolement des varioleux. Grâce à l'intelligente initiative de M. le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, et aux conseils autorisés des membres de la Commission d'hygiène hospitalière, un règlement modèle vient d'être appliqué au nouvel Hôpital temporaire des varioleux, installé à Aubervilliers. Nous extrayons de cet excellent règlement les indications suivantes, très dignes d'attention :

Aucune voiture ou brancard, ayant servi au transport d'un varioleux, ne peut quitter l'établissement sans avoir été rigoureusement désinfectée ; les fiacres et les literies sont purifiés par la combustion du soufre ; les coussins des voitures ouvertes sont passés à la soufrière ; le tablier de la voiture, les surfaces du brancard sont lavés à la solution de chlorure de zinc (30 grammes par litre). Tout malade dont l'affection est mal déterminée est d'abord placé dans le service des douteux. Les vêtements quittés par le malade sont portés à l'étuve ; le linge de corps est trempé dans la solution de chlorure de zinc.

Nul ne peut entrer dans une salle de varioleux s'il n'y est appelé par ses fonctions et s'il n'est récemment vacciné ; avant d'y entrer on revêt un costume spécial (blouse boutonnée ou peignoir fermé) ; les hommes portent la barbe et les cheveux courts. Un vestiaire, pour le changement de costume, est placé à l'entrée des pavillons ; on y trouve des lavabos munis d'une solution antiseptique (eau, 1 litre ; glycérine, 75 grammes ; acide phénique, 50 grammes).

Les salles sont nettoyées quatre fois par jour avec un balai, recouvert d'un linge trempé dans une solution de sublimé à 1 pour 100, une fois par semaine, les parois en bois et le mobilier sont lavés à la brosse avec la même solution ; l'époussetage des objets et le nettoyage au torchon sec sont interdits sous peine de renvoi immédiat.

Les matelas et couvertures souillés sont passés à l'étuve à vapeur sous pression du système Geneste et Herscher, avant d'être portés à l'atelier de cardage ; les draps et le linge sont trempés dans la solution de sublimé avant d'être envoyés à la buanderie.

La correspondance des malades passe par la soufrière avant d'être mise à la poste. Les visites des parents et amis sont absolument interdites ; ceux-ci pourront communiquer avec les malades à l'aide d'un téléphone installé dans le pavillon de l'administration.

Un registre placé chez le concierge donne chaque jour des renseignements sur l'état de chaque malade. On ne pénètre dans les services qu'exceptionnellement et avec une autorisation écrite du directeur de l'établissement. (*Gaz. hebdomad.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Berthoumieu, de Colomiers-Lesplanes (Haute-Garonne), mort à vingt-cinq ans d'une variole confluente contractée au lit du malade ; de M. le docteur Bara, chirurgien honoraire de l'hôpital de Tournay ; de M. le docteur Lestelle, de Cauna (Landes), et de M. le docteur Lachaize, professeur d'anatomie depuis un an à l'École de médecine de Poitiers.

Office vaccinogène central de l'État belge. — La circulaire suivante vient d'être envoyée par le directeur de cet établissement, aux personnes qui se servent d'habitude de ce vaccin :

« Depuis plusieurs années déjà nous constatons que, pendant la période des chaleurs estivales, la culture du vaccin animal réussit moins bien que durant les autres parties de l'année. Cette année surtout les inoculations des veaux vaccinifères et les vaccinations, faites sur l'homme avec le produit de nos cultures, ont laissé notablement à désirer pendant le mois de juin dernier et le commencement de juillet.

« Les renseignements qui nous parviennent de l'étranger accusent que les mêmes faits ont été observés à Stockholm (Suède), Linz (Autriche), Erbelfeld (Allemagne), Lancy (Suisse) et Anzin (France).

« Si j'en juge d'après les changements favorables qui s'opèrent dans nos cultures actuelles, j'ai lieu de croire que l'état de choses dont il s'agit est à sa fin, et que nous allons pouvoir mettre à la disposition du corps médical belge un vaccin tout aussi efficace que celui fourni par le passé.

« Notre avis est que, dorénavant, les médecins et les administrations publiques agiront sagement en dehors des cas urgents, en fixant leurs vaccinations à des époques non comprises dans les mois de juin, juillet et août. »

Bulletin bibliographique.

Hygiène des maternités. Résultats de huit années d'observation à la Maternité de Pellegrin (Bordeaux), par le docteur Oré, professeur à la Faculté de médecine, etc. Grand in-8° de 72 pages avec deux plans. Couronné par l'Institut (Académie des sciences). — Prix : 2 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Traitement des affections articulaires par l'électricité. Leur pathogénie, par le docteur L. Danion. 1 vol. in-8° de 240 pages. — Prix : 5 fr.

Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoire contemporaines, par le docteur A. Brissay (de Rio-Janeiro). Complétés par des notes recueillies au cours d'une mission scientifique du gouvernement français en Autriche et en Allemagne. Précédés d'un introduction par J.-A. Doléris, accoucheur des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 210 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 7 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

De la cure radicale des hernies épigastriques, par le docteur Stéphane Bonnet.

Un grand hôpital parisien en 1886, par Louis Gallet.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Conférences médicales sur la malaria, tenues par S. E. Mavrogény Pacha, médecin particulier de S. M. I. le Sultan.

Cet ouvrage se trouve à l'imprimerie Morris et fils, 64, rue Amelot, Paris.

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le professeur Verneuil.

Nouvelles observations de syphilides traumatiques (1).

Voici encore un exemple qui prouve combien le diagnostic rétrospectif des accidents primitifs de la syphilis est parfois difficile. Une plaie minime prend rapidement de grandes dimensions et l'aspect d'une ulcération syphilitique; il faut remonter à la première enfance pour trouver trace de l'éclosion de la syphilis; et cependant la lésion était bien de nature syphilitique, car tous les topiques non spécifiques n'ont fait que l'aggraver, jusqu'au moment où le traitement mixte à l'intérieur et le pansement avec l'emplâtre de Vigo furent employés et amenèrent rapidement une guérison complète.

Obs. VII. — *Ulcération syphilitique consécutive à une légère écorchure.* — Thérèse A..., 21 ans, couturière, pâle et de petite taille, paraissant à peine 14 ou 15 ans, entre à la Pitié le 11 novembre 1886 pour une plaie de la jambe gauche; malgré sa chétive apparence, elle n'est pas maladive; elle ne porte aucune trace de scrofule, ne tousse jamais et ne présente aucun trouble fonctionnel.

Elle n'a connu ni père ni mère; elle a deux frères qui vivent en province et sont bien portants. A l'âge de 10 ans, elle a eu à la face antérieure de la jambe droite des ulcérations qui ont mis fort longtemps à se fermer et qui ont laissé de longues cicatrices lisses, blanches, non adhérentes aux parties profondes et dont la nature spécifique ne saurait être mise en doute. Nous ne pouvons décider toutefois si la syphilis est congénitale ou date seulement de la première enfance.

Quoi qu'il en soit, il y a cinq mois, Thérèse, en descendant d'omnibus, se fait au niveau du mollet une légère écorchure, laquelle, au lieu de guérir, se creuse et s'étend de jour en jour sans provoquer d'ailleurs grande gêne ni douleurs vives. Au jour de l'entrée, la plaie, qui mesure en moyenne 12 à 15 centimètres dans ses différents diamètres, occupe toute la face externe de la jambe au niveau de son tiers moyen; elle offre des bords taillés à pic, décollés çà et là et festonnés par la réunion de plusieurs cercles empiétant les uns sur les autres; l'aspect est tout à fait caractéristique et il est impossible de ne point reconnaître une ulcération syphilitique.

Depuis cinq mois, on a appliqué divers topiques sans aucun résultat, car le mal s'aggrave de jour en jour. Je prescris un bain, le repos, quelques lotions antiseptiques pour déterger l'ulcère, et, le 13, on commence le traitement spécifique. Pansement avec l'emplâtre de Vigo; à l'intérieur, et quotidiennement, 1 gramme d'iodure de potassium et une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes.

A la levée du premier pansement, l'amélioration est déjà considérable; elle se poursuit sans interruption, à ce point que la guérison est complète au bout de vingt-deux jours.

Je rapprocherai de ce fait un autre cas non moins intéressant, dans lequel la syphilis, contractée également dans l'enfance, fut rappelée à diverses reprises par des blessures. Le traitement spécifique, il est vrai, avait toujours été fort négligé.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

La dernière manifestation, survenue au cours d'une grossesse, fut plus grave que les précédentes, et il est probable qu'il faut invoquer ici, comme cause de cette gravité plus grande, l'influence nocive de la grossesse, s'ajoutant à celle de la syphilis ou, si l'on veut, exerçant une influence aggravante sur la syphilide traumatique.

En voici un résumé :

Obs. VIII. — *Manifestations syphilitiques tertiaires se montrant successivement dans l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, à la suite de violences extérieures. L'une d'elles aggravée notablement par la grossesse. — Traitement spécifique. — Amélioration considérable.* — Lucie Ch..., 23 ans, cartonnière, entre à la Pitié le 13 septembre 1886. Fille unique. Père mort de phthisie, mère morte d'une maladie de cœur. A 18 ans, premier enfant mort à 18 mois; seconde grossesse, parvenue actuellement au sixième mois.

Blonde, assez grasse, de taille au-dessus de la moyenne et présentant les apparences d'une santé satisfaisante, L... a cependant un dossier pathologique assez riche. Elle ne sait rien sur les accidents de sa première enfance, mais raconte qu'à l'âge de 10 ans, après une chute sur le front, est survenue au lieu frappé une tumeur qui a fini par s'ouvrir en trois points, laissant autant de plaies dont la guérison fut lente et dont on reconnaît le siège et les dimensions à trois cicatrices blanches, minces, lisses, déprimées, encore adhérentes au frontal. A 13 ans, un coup de pied reçu à la partie supérieure et interne de la jambe gauche donne naissance à une tumeur qui s'ulcère, se ferme lentement et laisse une cicatrice large comme une pièce de cinq francs.

A 20 ans, entorse grave à gauche par suite d'un saut; douleurs vives, gonflement considérable, abcès dont on retrouve la trace au niveau de la malléole interne, propagation de l'inflammation aux muscles profonds de la jambe, d'où équinisme prononcé. La malade garda le lit pendant six mois et se servit longtemps de béquilles. Cependant les accidents se calmèrent peu à peu; aussi, bien que le pied restât étendu et l'articulation empâtée et ankylosée, et malgré la formation, en 1885, d'un nouvel abcès situé près du premier, la marche modérée devint possible.

Il y a deux ans, à la suite d'une contusion légère de la région malaire, apparut encore une tumeur évoluant comme les autres, c'est-à-dire s'ouvrant, suppurant quelques semaines, puis guérissant avec cicatrice déprimée et fixée à l'os sous-jacent. Jamais aucune de ces plaies n'a donné issue à des esquilles. La santé néanmoins était assez bonne, lorsque survint une nouvelle grossesse au printemps de 1886; alors un retour offensif eut lieu du côté du pied anciennement malade.

Lorsque L... entra dans notre salle au sixième mois, elle était dans l'état suivant : un gonflement considérable occupe toute la région du tarse et le tiers inférieur de la jambe; la peau est chaude, rouge, sensible au toucher : deux fistules répondant aux abcès antérieurs se sont rouvertes, rendant un pus ténu, peu abondant; le tendon d'Achille est fort rétracté; les muscles du mollet sont indurés et inextensibles. Les mouvements du pied sont à peu près nuls et provoquent d'ailleurs beaucoup de douleur. La marche est impossible; il y a un peu de fièvre le soir et un malaise léger, mais continuel. Bref, il existe une ostéo-arthrite subaiguë assez grave qui explique bien l'altération de la santé générale.

Malgré tout, la grossesse n'en semble point influencée, le ventre est indolent et présente un volume normal pour l'époque du gravidisme. La miction et la défécation s'effectuent aisément; les mouvements actifs de l'enfant existent et l'auscultation perçoit facilement les pulsations fœtales.

Il importe de dire que L..., insouciante et abandonnée à elle-même, ne s'est jamais soignée convenablement. Jamais elle n'a suivi de traitement spécifique; quand elle a séjourné à l'hôpital pour sa première atteinte d'ostéo-arthrite tibio-tarsienne, aucune médication n'a été prescrite.

Le diagnostic n'offrait point de difficulté. L... était syphilitique depuis son enfance, sans qu'il soit possible de décider si l'infection était congéni-

tale ou acquise peu après la naissance. Peut-être la tuberculose paternelle lui avait-elle transmis une certaine tendance aux lésions suppuratives et ulcéreuses ; toujours est-il que les traumas, même légers, amenaient très aisément chez elle des gommes abcédées suivies d'ulcérations rebelles. L'ostéo arthrite présentait également les caractères qu'on rencontre chez les scrofuleux. Malgré tout, mon pronostic ne fut pas trop défavorable, et, en tout cas, je m'abstins soigneusement de tout acte opératoire avant d'avoir tenté avec persévérance la médication appropriée. La grossesse d'ailleurs constituait pour sa part une contre-indication sérieuse et le salut de l'enfant exigeait le traitement spécifique.

En conséquence, je plaçai sur le pied une couche épaisse d'onguent napolitain belladoné, puis un appareil ouaté épais pour réaliser à la fois l'immobilisation et la compression. Je prescrivis le repos absolu au lit et administrai à l'intérieur le traitement mixte, qui fut très bien toléré. Nous obtinmes pour premier résultat la diminution prompte des douleurs et des phénomènes inflammatoires du côté de l'articulation tibio-tarsienne, puis bientôt après la fermeture spontanée des fistules. Les phénomènes généraux imputables à l'arthrite se dissipèrent également et, un mois après l'institution du traitement, L... était dans l'état le plus satisfaisant.

La compression, augmentée progressivement sur la jambe, fit disparaître à peu près complètement l'empâtement et la rigidité des muscles, sans remédier toutefois à l'équinisme ni à la raideur articulaire. Pendant cinq semaines, le repos au lit fut rigoureusement observé, puis la marche fut permise avec des béquilles.

La grossesse, qui s'était poursuivie jusqu'à ce terme sans le moindre incident, et sans que le traitement fut interrompu, se termina en février par la naissance d'un enfant de belle apparence et tout à fait sain. Quinze jours plus tard, L... allait en convalescence au Vésinet.

Elle est revenue se montrer depuis à l'hôpital. Jamais elle n'a été si bien portante. Son pied, toujours ankylosé en extension très prononcée, permet cependant une marche modérée. L'enfant continue à se porter fort bien.

Je veux signaler encore, à la fin de cette leçon, une observation dans laquelle des piqûres de sangsues, ayant été probablement en contact avec du pus chancreux, sont devenues le point de départ d'ulcérations simulant des syphilides traumatiques, et dont la véritable nature resta assez longtemps incertaine.

Obs. IX. — *Chancres mous succédant à des piqûres de sangsues et simulant des plaques muqueuses.* — Joseph C..., 26 ans, colporteur, forte constitution, bonne santé habituelle, entre à la Pitié le 15 novembre 1873 pour des ulcérations situées sur le trajet du cordon spermatique droit. Les antécédents morbides se bornent à une éruption cutanée générale qu'il aurait contractée au Pérou en 1861 et à une dysenterie datant de 1864.

Le 15 septembre 1873, C... est atteint d'une blennorrhagie aiguë qui, au bout d'un mois, à la suite de fatigue et de coït exagérés se complique d'orchite du côté gauche. Les douleurs violentes ne cédant pas aux cataplasmes et aux purgatifs, le malade prit un bain et appliqua huit sangsues sur le trajet inguinal du cordon.

L'orchite céda, mais les piqûres s'enflammèrent, devinrent douloureuses et ne firent aucun progrès vers la guérison. C'est pourquoi, un mois après, C... entra à l'hôpital. A ce moment, la partie interne du pli de l'aine et supérieure du scrotum du côté gauche présentait une série de tumeurs inflammatoires, arrondies, circonscrites, recouvertes de croûtes et rappelant les pustules de l'ecthyma. On employa d'abord, outre le repos absolu, les applications émollientes, puis la glycérine, l'eau phéniquée ou alcoolisée, rien n'y fit. Au contraire, les croûtes tombèrent, laissant à découvert huit plaies du diamètre d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, tendant à se réunir par leur circonférence, saillantes, à bords bien limités, sans induration, à surface d'un rose gris,

tout à fait semblables, en un mot, à de grosses plaques muqueuses. C..., interrogé longuement, déclare n'avoir jamais eu d'autre maladie vénérienne que la chaudepisse du mois de septembre. On ne découvre aucune cicatrice aux organes génitaux externes, au méat, ni à l'anus; rien à la gorge; point d'éruption croûteuse du cuir chevelu, point d'engorgement des ganglions cervicaux. Dans les aines, on trouve de chaque côté une pléiade de petits ganglions durs, mobiles, indolents, qui auraient paru en même temps que l'inflammation des piqûres de sangsues, mais qui n'ont à coup sûr rien de spécifique.

J'allais abandonner complètement l'idée de la syphilis lorsqu'en explorant la surface du corps, je vis en plusieurs points des taches brunâtres tout à fait semblables à celles que laissent certaines syphilides rebelles. Dès lors, je pensai qu'il s'agissait d'une syphilis latente qui infectait les piqûres de sangsues comme elle l'aurait fait de toute autre blessure et ayant fait naître là des syphilides en quelque sorte traumatiques.

En conséquence, le 3 décembre on institua le traitement suivant : toucher les ulcérations avec une solution de nitrate d'argent; tous les matins, une pilule de protoiodure de 5 centigrammes et, tous les soirs, 1 gramme d'iodure de potassium. Loin de réussir, ces moyens semblèrent aggraver le mal. Les ulcérations s'agrandirent, se creusèrent, et prirent l'aspect des chancres mous. On suspendit le traitement spécifique et l'on reprit pendant quelques jours les pansements simples qui laissèrent les choses en même état.

Pour éclairer ce diagnostic si obscur, je pratiquai le 5 décembre l'inoculation à la paroi abdominale. Cinq jours après, la pustule caractéristique du chancre mou se développait de façon à lever tous les doutes.

Le 7 décembre, C..., incomplètement délivré de sa blennorrhagie, se leva pendant deux ou trois heures, et fut aussitôt pris d'une épididymite du côté droit pour laquelle on prescrivit les frictions avec l'onguent napolitain et les cataplasmes. Les douleurs diminuèrent rapidement, mais une stomatite se déclara, qu'il fallut traiter à son tour. Quant aux chancres mous, que l'action en quelque sorte révulsive de l'orchite parut modifier favorablement, ils furent, à partir du 9 décembre, pansés plusieurs fois par jour avec la solution de chloral à 2 p. 100; ce traitement produisit un si bon résultat, que, dix jours après, les ulcérations étaient complètement cicatrisées.

Ce fait est intéressant à cause des difficultés que présenta le diagnostic, aussi bien que la pathogénie. Le malade avait peut-être, dans le coït qui avait précédé l'orchite, contracté quelque chancre ayant échappé aux regards par sa petitesse, et qui avait inoculé les piqûres des sangsues appliquées quelques jours après. Peut-être aussi une ou plusieurs sangsues portaient-elles le virus chancreux? C'est ce qu'il est impossible de décider. Toujours est-il que je restai indécis longtemps et que l'inoculation seule m'a définitivement éclairé. — L.-H. P.

Neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie

TENU A WASHINGTON DU 5 AU 10 SEPTEMBRE 1887 (1).

Près de 3,000 médecins et chirurgiens, venus de tous les pays du monde, sont en ce moment réunis à Washington pour prendre part au neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie.

Il serait difficile d'en donner une liste complète; l'on y remarque toutefois les noms de centaines d'hommes de distinction, tels que les docteurs Abadie, Apostoli, Galezowski, Charpentier, Doléris, Landolt, le professeur Léon Le Fort (de Paris); Mac Call Anderson (de Glasgow), Samuel Benton (de Londres), Pouzet (de Cannes), Ceccherelli (de Parme), Domenico (de Florence), les docteurs Emilio Coni (de Buenos-Ayres), Cordes (de Genève),

(1) D'après les épreuves dues à l'obligeance du *Medical Record de New-York.*

W.-H. Cross (de Londres), de Rossi (de Rome), Dumont (de Berne), Ehrendorfer (de Vienne), Eulenberg (de Berlin), J. Colcott Fox (de Londres), I. Felsenreich (de Vienne), J.-A.-S. Grant-Bey (du Caire), le professeur Gusserow (de Berlin), les docteurs Graily, Hewitt (de Londres), W. Allan Jamieson (d'Edimbourg), les professeurs Hitzig (de Halle), E.-A. Romen (d'Elsingfors), Kische (de Prague), Kocher (de Berne), Thomas Keith (d'Edimbourg), les docteur Lombard (de Genève), Moore Madden (de Dublin), Meneorre (de Rio-Janeiro), Made (de Vienne), les professeurs P. Muller (de Berne), E. Mendel (de Berlin), les docteurs Megallias (d'Oporto), A. Mooren (de Dusseldorf), Reyher (de Saint-Pétersbourg), les professeurs Rokitansky (de Vienne), W. Rutherford (d'Edimbourg), les docteurs Schnittler (de Vienne), Léopold Servais (d'Anvers), Alfred Struebens (de Bruxelles), Strube (de Brême), P.-G. Unna (de Hambourg), Vogel (de Munich), Metzger (d'Amsterdam), etc., etc.

Le Congrès sera divisé en 17 sections, dont voici la liste :

Médecine, chirurgie; chirurgie et médecine militaires; obstétrique; gynécologie; thérapeutique et matière médicale; anatomie; physiologie; pathologie; maladies des enfants; ophthalmologie; laryngologie; dermatologie et syphilis; hygiène; climatologie; médecine et physiologie des maladies nerveuses; chirurgie dentaire et otologie.

Le 5 septembre 1887, le Congrès a été inauguré par le Président des Etats-Unis, M. Grover Cleveland.

Longtemps avant onze heures, la vaste salle du théâtre d'Albaugh regorgeait de monde. Grand nombre de dames avaient tenu à honorer de leur présence une solennité aussi importante. A onze heures juste, le Président, accompagné du chef du Cabinet, M. Bayard, et du président de la Chambre, M. Carlisle, monta sur l'estrade. Dès que les applaudissements chaleureux qui accompagnèrent son entrée se furent calmés, il se leva, et, en quelques paroles très simples, annonça l'ouverture du Congrès.

L'on passa ensuite à l'élection des membres du bureau : le docteur Nathan Smith Davis (de Chicago), fut élu président; le docteur John B. Hamilton, inspecteur général du service hospitalier de la marine des Etats-Unis, secrétaire général; les docteurs Atkinson, Harrison et Bangs, secrétaires adjoints; le docteur E.-S.-J. Arnold, trésorier, etc., etc.

Après la lecture du programme des fêtes qui doivent se tenir à l'occasion du Congrès, M. Bayard prit la parole. Il souhaita la bienvenue aux représentants des nations étrangères dans un discours élégant et sincère, leur rappelant que le peuple américain, tout absorbé qu'il est par cette activité politique et commerciale qui lui donne son cachet, sait apprécier la valeur des hommes qui ont bien voulu consacrer leur vie à l'étude d'une science qui leur donne le pouvoir de soulager les souffrances d'autrui, et que ce peuple est fier de leur offrir l'hospitalité.

M. le professeur Le Fort répondit au nom de ses collègues français, M. l'inspecteur général W. Harris Lloyd au nom de la Grande-Bretagne, M. le docteur P.-G. Unna au nom de l'Allemagne, M. le sénateur M. Semmola au nom de l'Italie et M. le docteur Charles Reyher au nom de la Russie.

Puis M. le président Davis prononça son discours d'inauguration. Après avoir fait, en termes émus, l'éloge du professeur Austin Flint, mort l'année dernière, il démontre dans une argumentation serrée les nombreux avantages qui résultent des Associations et des Congrès scientifiques.

Ensuite la séance générale fut levée et les travaux spéciaux de chaque section commencèrent dans leurs locaux respectifs.

Dans une conversation du représentant du *Medical Record de New-York* avec le professeur Sayre, l'éminent orthopédiste a remarqué qu'au Congrès de Copenhague et d'Amsterdam, il ne s'était point trouvé avec une assemblée aussi nombreuse de collègues distingués.

Il s'est passé un incident regrettable entre le sénateur Semmola et le professeur Durante. Ce dernier devait répondre officiellement au discours de M. Bayard; sans qu'il en fût avisé, M. le sénateur Semmola lui a été substitué. Très froissé, le professeur de Rome a envoyé sa démission comme membre du Congrès au secrétaire général; l'on prétend, de plus, qu'il aurait de suite quitté Washington.

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Section d'anatomie. — Président, le docteur William H. Pancoast (de Philadelphie); secrétaires, les docteurs John J. Berry (de Portsmouth); William C. Wile (de Danbury) et C. Rémy (de Paris).

L'allocution du président fut remise au lendemain.

La première communication fut faite par le docteur J.-M. Matthews (de Louisville), sur l'*anatomie du rectum et ses relations avec les actes réflexes.* Après avoir donné les rapports anatomiques de la région, il fit remarquer qu'on n'attribuait en général pas assez d'importance aux réflexes, rappelant combien il est difficile d'anesthésier complètement le rectum et les organes environnants. Il considéra ensuite la question de la constipation, qui peut en elle-même produire des phénomènes nerveux multiples, qui sont allés, dans une de ses observations, jusqu'à simuler l'ataxie locomotrice. Il insiste sur l'importance d'un examen consciencieux du rectum dans certains cas de constipation.

Le docteur Gervais (de Belgique) demande si les injections d'acide phénique se font pour les hémorrhoïdes internes aussi bien que pour les hémorrhoïdes externes.

Le docteur Schaefer dit avoir vu des cas de douleur intolérable du périnée soulagés instantanément par la guérison de la constipation.

Le docteur Wile rapporte un cas de démence causé par des hémorrhoïdes et guéri par leur ablation.

Le docteur Strong (de Chicago) n'a pu guérir une blennorrhagie tenace qu'après avoir opéré son malade des hémorrhoïdes dont il souffrait.

Le docteur Matthews conseille l'emploi du bistouri dans les opérations autour du rectum, et fait remarquer le danger inhérent à l'injection d'acide phénique.

Le président décrit ensuite la sonde rectale dont il fait usage; elle est construite de manière à suivre les courbes du rectum.

Le docteur Ambrose L. Ranney (de New-York) fait une communication dont le titre est le suivant : *Existe-t-il un rapport entre les anomalies de l'appareil de la vision et la tendance soi-disant neuropathique?* Il conclut qu'il n'y a pas de pathologie bien établie dans les désordres nerveux fonctionnels, que l'hérédité y entre pour un facteur important, et que les manifestations de la prédisposition neuropathique varient avec chaque cas individuel.

Le docteur William C. Wile (de Danbury) lit un article intitulé : *Quelle portion de l'urèthre doit-on choisir pour pratiquer une fistule urinaire?*

Section de dermatologie et de syphiliographie. — Président, le docteur S.-R. Robinson (de New-York); secrétaire, le docteur W.-S. Sottheil (de New-York).

Le président, dans son discours d'ouverture, exprime les regrets que lui cause l'insuffisance de l'enseignement dermatologique aux Etats-Unis, où il n'existe, à vrai dire, aucune école de maladies de la peau. Le travail original que produisent les Etats-Unis dans cette branche est extrêmement restreint.

Le docteur William Weich (de Philadelphie) fait une communication sur la *vaccination pendant la période d'incubation de la variole.* Pratiquée à cette période de la maladie, la vaccination lui a donné des résultats fort satisfaisants; la vaccine ne commence à agir que lorsque l'aréole est formée autour des vésicules. Il n'approuve point l'emploi du vaccin animal.

Le docteur Rogers Parker dit que, dans les grandes villes d'Angleterre, on se sert de vaccin humain.

Les docteurs Cundell Juler, Gottheil, Keller, Yeamans et Lathrop prennent part à la discussion.

Alimentation rectale dans les maladies de la peau, par le docteur J.-V. Shoemaker (de Philadelphie). Dans les affections de la peau situées autour de la bouche, ou causées par des désordres du tube digestif, cette méthode rend d'immenses services. L'administration de médicaments par le rectum est souvent indiquée : préparations mercurielles

dans les syphilides; huile de ricin et glycérine dans l'urticaire; arsenic et antimoine dans le psoriasis, etc.

Les docteurs H.-G. Unna (de Hambourg) et Klotz partagent cette opinion.

Le docteur H. Klotz (de New-York) fait une communication sur l'*ulcère résultant de la gangrène spontanée de la peau, dans la syphilis tardive, et sa relation avec la syphilis*. Son apparition est due souvent à une artérite; il diffère alors absolument de la gomme syphilitique suppurée.

Section de médecine. — Président, le docteur A.-B. Arnold (de Baltimore); secrétaires, les docteurs W.-T. Waugh (de Philadelphie) et J.-W. Chambers (de Baltimore).

Le président, dans son discours sur la *pratique de la médecine de nos jours*, remarque à quelle précision est arrivé le diagnostic médical, et rappelle les résultats merveilleux qu'a donnés l'expérimentation en pharmacologie. Pourtant il condamne toute médication non raisonnée et recommande de ne pas oublier les mesures hygiéniques, qui à elles seules constituent souvent des agents curatifs. La thérapeutique a dû céder le pas à la pathologie; la chirurgie moderne a étendu son domaine aux dépens de la médecine, et toutefois le traitement symptomatique des maladies conserve encore sa valeur. Ce que nous devons rechercher, c'est la méthode suivant laquelle la nature exerce son influence curative; nous pourrions alors essayer de l'imiter.

Le docteur Ignacio Alvarado (du Mexique) fait une communication sur la *pathogénie de la fièvre jaune*. Il attribue la maladie à la présence d'un microbe qui donnerait naissance à du phosphate acide de soude ou à de l'acide phospho-glycérinique.

Le professeur Walter B. Geike (de Toronto) lit un article sur la *pneumonie au Canada*. Il s'ensuit une discussion fort animée à laquelle prennent part les professeurs Ouchterlong et Scott, et les docteurs Didama, Leister et Stewart.

Section de chirurgie. — Président, W.-J. Briggs; secrétaires, A.-H. Wilson et D.-P. Allen.

Le président ouvre la séance en souhaitant une cordiale bienvenue aux étrangers. La chirurgie scientifique, dit-il, est en pleine activité et elle avance à pas de géant. Il compare le passé, où la chirurgie craignait avant tout d'ouvrir la cavité péritonéale, au présent, où, grâce à l'antisepsie, elle opère avec hardiesse et avec succès.

Le docteur C.-J. Parkes (de Chicago) lit un article intitulé : *Contribution à l'étude des plaies de l'intestin par les armes à feu.* Avant 1885, il n'a pu trouver que cinq observations de recherche de plaies de l'intestin, dans le but d'y remédier par une intervention méthodique. Depuis lors, il existe trente-six observations avec neuf guérisons. L'expérience seule pourra donner les indications exactes qui justifient l'opération. Il faut prendre en considération le volume et la forme de la balle, la distance qu'a parcourue le projectile et la nature de l'arme. Lorsqu'il existe une plaie d'entrée et une plaie de sortie, on peut juger approximativement quels sont les organes blessés; mais comment apprécier quelle est la portion des anses intestinales qui a souffert? Lorsque le diaphragme est lésé, on ne peut guère conserver d'espoir. L'auteur énumère ensuite les symptômes qui permettent de porter le diagnostic de perforation intestinale. Lorsqu'il existe une tuméfaction localisée de la paroi abdominale, elle est causée, en général, par une hémorrhagie intra-pariétale, et la cavité abdominale n'est pas ouverte. Des vomissements prolongés constituent un symptôme plus grave que le choc et la température.

L'examen anatomique a démontré maintes fois qu'une opération fort simple aurait sauvé la vie du patient.

La néphrotomie doit se faire lorsque le rein est blessé, la splénotomie lorsque la rate est atteinte. L'auteur recommande l'incision exploratrice médiane et l'emploi de la suture continue au fil de soie.

Contribution à la chirurgie expérimentale de l'intestin, par le docteur N. Senn. — L'auteur préfère la suture des anses intestinales à leur résection. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

A PROPOS D'UN CAS DE NEURASTHÉNIE (*Entéroptose traumatique*), par F. GLÉNARD. In-8°, 72 pages. Lyon, 1887.

Nous avons fait connaître en son temps le travail dans lequel M. Glénard renouvelait la question de la dyspepsie en introduisant dans son étude la notion nouvelle, absolument négligée jusqu'à lui, des déplacements et des *sténoses* de l'intestin et des organes abdominaux, notion qui éclairait d'un jour singulier une pathogénie des plus obscures et ouvrait à la thérapeutique des horizons pleins de promesses.

M. Glénard n'a cessé de poursuivre le développement de cette idée féconde; une pratique étendue lui donne des éléments d'observation sans cesse renouvelés et qui lui ont permis d'asseoir sur une base définitive un traitement physiologique entre tous.

Il s'agit aujourd'hui d'une conférence faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. D. Mollière. Le lecteur que l'exposé dogmatique des idées de M. Glénard, telles que nous les avons présentées, a pu laisser indécis ou réfractaire, se reportera avec intérêt à cette leçon clinique écrite avec entraînement, composée avec méthode, et qui fera beaucoup pour la vulgarisation d'une thèse déjà forte dans l'opinion. — R. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Maze (du Havre), adressant un pli cacheté ayant trait à l'habitat du malade au point de vue antiseptique;

2° Une note de M. le docteur Alison (de Baccarat), sur un nouveau cas de rage après vaccination antirabique.

M. DANION fait une communication sur une étude expérimentale qui a pour but de démontrer que la polarisation des tissus animaux et que les courants secondaires, qui en sont la conséquence, n'existent pas. Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Les tissus animaux sont absolument impolarisables, en d'autres termes ces tissus sont réfractaires de la manière la plus absolue aux phénomènes d'accumulation de 'électricité et incapables d'engendrer un courant électro-moteur secondaire.

2° Toutes les expériences physiologiques, dans lesquelles la polarisation des tissus entre comme facteur à un degré quelconque, doivent être considérées comme nulles et non avenues.

3° Tout ce qui a été écrit sur les courants secondaires doit être rayé de l'électrothérapie.

M. Danion pense que la tenacité des électrodes à conserver leur polarisation, et l'extrême facilité avec laquelle elles donnent lieu à des courants en touchant des éléments acides ou basiques, doivent faire tenir pour suspectes un grand nombre d'expériences d'électro-physiologie.

— M. GARCIN présente quelques observations relatives au traitement de la tuberculose pulmonaire par la vaporisation d'une solution titrée d'acide fluorhydrique.

Depuis plus d'une année, à la suite des remarques faites par M. Michaud à la cristallerie de Baccarat et par M. Seiler à celle de Saint-Louis, M. Garcin a expérimenté ce moyen thérapeutique. Il a divisé une grande pièce de son appartement en cinq petites chambres d'inhalation, dans lesquelles il soumettait un certain nombre de phthisiques, à différentes périodes, à des inhalations quotidiennes de vapeur fluorhydrique. Les

résultats obtenus ont été les suivants, sur 100 tuberculeux : états stationnaires, 14; améliorations, 41; guérison, 35; morts, 10.

Tous les jours, le malade séjournait, pendant une heure, dans une cabine mesurant six mètres cubes d'air saturé d'acide fluorhydrique. Cette saturation s'obtient en faisant passer un courant d'air à l'aide d'une pompe dans un bocal en gutta-percha contenant : eau distillée, 300 grammes; acide fluorhydrique, 100 grammes.

La dose d'acide varie suivant la tolérance de chaque malade. Les phthisiques du premier degré acceptent facilement 20 litres par mètre cube; ceux du deuxième degré, 15, et ceux du troisième degré, 10 seulement. La saturation est en général épuisée entre dix et vingt minutes.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux diminuent et finissent par disparaître; les crachats deviennent blancs et mousseux; la dyspnée et les pleurodynies s'amendent et cessent tout à fait. En quittant la cabine, les malades ont faim; les sueurs cessent complètement. Quant aux bacilles : 1° ils deviennent chaque jour moins nombreux; 2° ils ne se segmentent plus; 3° ils finissent par disparaître des sécrétions. L'état général des malades s'améliore rapidemment, et, en quinze ou vingt séances, ils ont toutes les apparences d'une parfaite santé.

M. Garcin en a revu plusieurs qu'il a traités il y a près d'un an, et l'amélioration amenée par le traitement s'est parfaitement maintenue.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Proust et Hérard.

— M. Hervieux vient répondre à l'appel fait par M. A. Guérin aux membres de l'Académie concernant le phlegmon du ligament large.

M. Guérin conteste l'existence de ce phlegmon en se fondant sur les données : 1° de l'anatomie normale; 2° de l'anatomie pathologique; 3° de la clinique.

M. Hervieux laisse de côté le premier point de vue pour n'aborder que le côté clinique et anatomo-pathologique de la question.

M. Guérin dit qu'il y a une fourmilière d'observations fausses de phlegmon du ligament large. M. Hervieux dit que, dans ce cas, il y a une fourmilière d'observateurs qui ont mal vu, mal jugé, mal compris les faits de cet ordre qui ont passé sous leurs yeux, et il se propose de prouver que c'est M. Guérin qui a eu tort contre tout ce monde.

Un premier point condamne par avance la thèse de M. Guérin. Il n'a pas une seule fois vu, cadavériquement parlant, des phlegmons du ligament large. Il n'a pas non plus une seule observation clinique, puisqu'il a méconnu tous les cas de ce genre qui se sont présentés à lui.

M. Guérin n'a fait que deux autopsies d'un phlegmon qu'il appelle adéno-juxta-pubien, et qui aurait présenté tous les signes attribués au phlegmon du ligament large; il en conclut que toutes les fois que l'on rencontre ces signes on a affaire à un phlegmon adéno-pubien. Or personne, au point de vue anatomique, n'a jamais confondu le phlegmon du ligament large avec le phlegmon adéno-juxta-pubien.

M. Guérin répudie les observations qui existent dans la science sous prétexte que ce sont des faits complexes, que dans les cas où l'on a trouvé du pus sous les replis séreux qui forment le feuillet superficiel du ligament large, il y en avait un peu partout dans le bassin. M. Hervieux répond que le pus n'est pas exclusivement situé sous ces replis, mais qu'il peut se rencontrer dans l'épaisseur même de la trame aponévrotique de ce ligament, et d'ailleurs la présence d'autres foyers purulents n'infirmerait nullement la réalité du phlegmon constaté dans l'écartement des feuillets du ligament large. Il ajoute que, du reste, ces lésions se rencontrent chez des femmes primitivement atteintes de septicémie puerpérale.

Le plus habituellement, quand la maladie doit guérir, elle tend à se localiser pour devenir péritonite partielle ou enkystée, phlegmon iliaque, phlegmon du ligament large ou toute autre affection locale. Si l'accouchée succombe de bonne heure, on peut trouver outre les lésions du phlegmon du ligament large des lésions multiples dans le grand et le petit bassin.

A l'appui de sa thèse, M. Hervieux cite les observations de Béhier, de West, de Marchal (de Calvi), de M. Paris, de M. Emile Thierry, de M. Siredey, qui, toutes, confir-

ment ses conclusions. Il a lui-même fait onze autopsies de femmes ayant succombé à un phlegmon du ligament large, et il a observé certains caractères qui lui ont permis de distinguer deux variétés de l'affection : une *variété hypertrophique* caractérisée par un épaississement et une induration de tout le ligament large, et une *variété purulente*.

Cette seconde variété, rencontrée cinq fois, permet de noter tantôt l'infiltration, tantôt la collection du pus dans l'épaisseur du ligament large. Le point de départ siégerait près du col de l'utérus. Le plus souvent les foyers d'infiltration sont séparés par des nodules de tissu cellulaire épaissi et rempli d'un liquide dont l'aspect peut varier de la lymphe plastique au véritable pus. Point n'est besoin, comme semble le désirer M. Guérin, qu'il y ait de vastes collections purulentes. Aussi de ce que cet observateur n'a pas dans ses deux autopsies trouvé de pus dans le ligament large, ne faut-il pas conclure qu'on n'en puisse jamais rencontrer. M. Guérin voudrait voir le phlegmon du ligament large exclusivement dans l'épaisseur ; c'est trop demander.

Enfin, M. Guérin s'appuie, pour battre en brèche le phlegmon du ligament large, sur ce fait que les médecins se sont plu à décrire comme caractère pathognomonique l'induration de la partie inférieure de l'abdomen, désignée par Chomel sous le nom de plastron.

Et il s'appuie, pour soutenir sa thèse, sur quelques lignes de l'observation IV d'un mémoire de M. Bernutz et sur la thèse de M. Frarier (thèse de Paris, 1866). Or, une lacune grave existe dans cette thèse : il n'y a pas un chapitre consacré à l'anatomie pathologique; aucune autopsie ne vient confirmer les conclusions. Il n'est donc pas étonnant que M. Frarier, dans ces conditions, ait admis l'induration de la partie inférieure de l'abdomen comme étant le caractère pathognomonique du phlegmon du ligament large. Dans la plupart des cas que M. Hervieux a recueillis chez des femmes en couches, l'induration de la partie inférieure de l'abdomen, le plastron, a manqué, tandis qu'il l'a rencontrée dans quelques cas de péritonite partielle limitée à la région iliaque interne sans phlegmon concomitant du ligament large.

D'ailleurs, M. A. Guérin a donné dans son travail les raisons anatomiques pour lesquelles le plastron ne peut pas être considéré comme le caractère distinctif du phlegmon du ligament large; le ligament rond, en effet, n'étant qu'une petite dépendance du ligament large ne pourrait, s'il était enflammé, constituer une tumeur collée contre la branche horizontale du pubis; le reste du ligament large étant flottant peut aussi bien favoriser l'extension du phlegmon vers la partie postérieure du bassin. M. Hervieux est d'accord sur ce point avec M. A. Guérin, mais il conteste qu'il y ait là une cause d'obstacle absolu à la propagation du pus vers le pubis. De plus, les deux autopsies pratiquées par M. A. Guérin, autopsies dans lesquelles le pus allait du col de l'utérus au ligament de Poupart sans toucher au ligament large, prouvent que le plastron n'est pas pathognomonique du phlegmon du ligament large, puisque pendant la vie, dans ces deux cas, le plastron existait.

C'est surtout l'étude cadavérique qui a permis à M. Hervieux de nier la valeur pathognomonique du plastron. Il a, en effet, reconnu que le phlegmon peut se propager aux parties voisines suivant trois directions différentes : 1° vers les parois du vagin; 2° vers la fosse iliaque interne; 3° vers le ligament de Poupart et la paroi abdominale antérieure.

M. Guérin a considéré l'inflammation des lymphatiques comme la cause de son phlegmon adéno-juxta-pubien, M. Hervieux l'attribue à une cause différente. Trousseau, Béhier, Paris, dans sa thèse, Emile Thierry, insistent sur la phlébite qui accompagne presque constamment la suppuration du ligament large. M. Hervieux a toujours constaté également que, du moins chez les femmes en couches, existe une étroite relation entre l'intensité du phlegmon du ligament large et l'intensité de l'inflammation veineuse; il y a partout parallélisme à peu près exact entre les deux ordres de lésions; il se croit donc autorisé à penser que l'inflammation des veines est une cause très fréquente du phlegmon du ligament large.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

FORMULAIRE

Traitement interne du lichen. — Vidal.

Purgations fréquentes, soit avec du séné, soit avec des eaux minérales naturelles, boissons amères, telles que houblon, patience et gentiane. Si le malade est goutteux, on lui prescrit les alcalins. Si l'éruption est sèche, et qu'il persiste de l'épaississement et de la rudesse de la peau, on conseille, en même temps que les amers, l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux. — Dans le cas de démangeaisons intenses avec insomnie, opium en potion, et morphine en injections sous-cutanées. Le bromure de potassium et le chloral donnent également de bons résultats ; mais ils occasionnent parfois aussi des poussées éruptives. Lorsque le prurit est intense, on peut recourir à une potion renfermant 4 grammes de teinture de musc. Enfin, dans les formes chroniques et rebelles, il y a lieu de tenter l'emploi de la solution suivante : arséniate de soude, 0,10 centigr.; eau distillée, 100 grammes; une cuillerée à café de cette solution (soit 5 milligrammes d'arséniate) le matin, en commençant le premier repas. Au bout de sept à huit jours, deux cuillerées à café. On peut aussi prescrire, chaque jour, de 3 à 10 granules de 1 milligramme d'arséniate de soude. — Exclure du régime, le café, le thé, le vin pur, les liqueurs, les salaisons, le porc, le gibier, les fromages salés, les crustacés, les coquillages, les poissons de mer. — Eviter les veilles, les fatigues musculaires excessives, les violentes émotions. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le professeur Ostwal est nommé professeur de chimie et directeur du second Institut de chimie de l'Université de Leipzig.

— Le docteur Schultze est appelé à la chaire de pathologie de l'Université de Dorpat.

Nécrologie. — Le docteur Anton Jaksch, ancien doyen de la Faculté de médecine de Prague, est mort le 2 septembre dernier. On sait que le professeur de Prague, après un séjour à Paris, où il s'était mis en relation avec Cl. Bernard et Duchenne (de Boulogne), avait vulgarisé dans son pays les travaux des savants français.

Sont morts également : le professeur Jullius Möller (de Konigsberg) ; le professeur F. Schott, élève de Rokitansky et professeur d'anatomie pathologique à l'Université d'Innsbruck.

Statistique de la mortalité pour le mois d'aout dans les plus grandes villes du monde. *Diphthérie et croup* : Grenade 14, Boston 26, Brooklyn 98, Chicago 85, Cincinnati 14, Montréal 26, New-York 275, San Francisco 15, Saint-Louis 47, Berlin 75, Breslau 33, Dantzig 12, Kœnigsberg 19, Hambourg 49, Gênes 15, etc.

Variole : Lisbonne 27, Bukarest 2, Saragosse 10, Alexandrie, 1, Le Caire 4, Chicago 2, New-York 5, San Francisco 2.

Typhus pétéchial : Dantzig 3, Lisbonne 1, Bukarest 1, San Francisco 1.

Scarlatine : New-York 55, Chicago 18, Brooklyn 24, Posen 10, Hambourg 4.

La trichinose dans les Pays-Bas. — Dans les derniers jours du mois de janvier et premiers jours du mois de février 1887, à Goes (province de Zélande), un assez grand nombre de personnes présentèrent des symptômes de trichinose et le microscope démontra la présence du parasite dans la viande débitée. On rechercha l'origine du mal. On trouva dans une ferme 10 personnes affectées de trichinose. Elles se nourrissaient de porc salé où il fut facile de découvrir les kystes révélateurs de la maladie ; une moitié de ce porc avait été vendue à un boucher établi à Goes.

La totalité des atteintes de trichinose fut de 70 c'est-à-dire 1 p. 100 de la population du village, 10 furent gravement malades, la plupart des autres personnes purent vaquer à leurs occupations. Le mal disparut avec la viande infectée.

Ces cas de trichinose ont été rapportés comme étant les premiers qu'on ait constatés

en Hollande. Mais à Yerseke, localité non loin de Goes, 40 personnes en 1883 ont été prises de symptômes en tout semblable à ceux de l'épidémie de Goes, de l'avis des médecins qui les ont observées, il est vrai qu'aucune recherche microscopique n'a été faite à ce moment. Il est donc rationnel de penser que ce sont les rats de Yerscke qui ont apporté à Goes les germes de l'épidémie. (*Veröffentlichungen des kaiser. Gesundheitsamtes*, 6 septembre 1887). — Ch. S.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN MÉTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ch. Hugueny, décédé à Saint-Dié, à l'âge de 28 ans, victime de la fièvre typhoïde. M. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, a été, sur sa tombe, l'interprète de ses anciens maîtres et de ses confrères.

Bulletin bibliographique.

Hygiène de l'enfant en nourrice et au sevrage. Guide pratique de la femme qui nourrit, par le docteur E. TOUSSAINT, inspecteur du service de protection des enfants du premier âge, etc., etc. 1 vol. in-18 jésus de 150 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par le docteur L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine. Brochure grand in-8° de 124 pages. — Prix : 3 fr.

De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée, par le docteur DESPAGNET. Brochure in-8°, avec planche hors texte. — Prix : 2 fr.

Etude de posologie hydrominérale rationnelle dans les troubles de la respiration et de la circulation par le docteur LAHILLONNE, médecin consultant à Pau et à Cauterets. Brochure grand in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Orteil en marteau. Nouveau traitement par ostéotomie cunéiforme, par le docteur Eugène COHEN. Grand in-8° de 92 pages. — Prix : 2 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le climat d'Arcachon et le Sanatorium, par le docteur G. HAMEAU.

Manuel d'anatomie humaine, par W. KRAUSE, traduit par Louis DOLLOT.

Elimination du fer et du plomb par la peau et le rein dans le saturnisme aigu, par le docteur H. LAYRAUD, professeur suppléant à la Faculté libre de Lille.

Ces trois ouvrages se trouvent chez G. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Du rôle des insectes dans la propagation des maladies infectieuses.

MM. Spillmann et Haushalter, dans une communication à l'Académie des sciences (1), viennent d'attirer l'attention sur le rôle des mouches dans la dissémination du bacille de la tuberculose, et, selon toute évidence, dans la propagation de cette maladie. Le contenu intestinal de mouches qui se sont repues dans le crachoir d'un tuberculeux, ainsi que leurs excréments, permettent de constater en grand nombre la présence de bacilles tuberculeux. Il en est de même des excréments plus ou moins anciennement déposés par des mouches quelconques sur les fenêtres ou les murs d'une salle d'hôpital. Toutes les parois de nos appartements, nos parquets, nos plafonds, nos meubles, nos tentures portent les traces de ces souillures dangereuses auxquelles n'échappent pas davantage nos aliments; l'insecte lui-même, dont la vie est courte et précaire, laisse partout des cadavres qui se dessèchent, se pulvérisent et mettent en liberté de nouveaux germes. Quand on connaît la force de résistance des bacilles à la dessiccation, à la putréfaction, on a lieu de croire que leur vitalité a eu peu à souffrir dans ces pérégrinations diverses ; c'est là toutefois un point sur lequel les expériences d'inoculation entreprises par les auteurs donneront seules toute certitude. On n'en doit pas moins, dès à présent, appliquer les règles de précaution élémentaire destinées à mettre les crachats et, en général, les

(1) *Un. méd.*, 27 août 1887.

FEUILLETON

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Seizième session à Toulouse du 22 au 29 septembre.

L'Association française pour l'avancement des sciences a ouvert, jeudi 22, sa seizième session, à Toulouse, dans la salle du théâtre du Capitole, brillamment décorée et pavoisée pour la circonstance. Sur l'estrade, un grand nombre de notabilités civiles et militaires entourait le président de l'Association, M. J. Rochard.

M. le maire de Toulouse, dans un discours très sympathique et très cordial, a souhaité la bienvenue aux membres de l'Association que, depuis son origine, la ville désirait recevoir. Depuis lors, l'Association a grandi, de même que la vie scientifique de Toulouse.

L'orateur se plaint que l'industrie de la ville soit en souffrance, mais il n'en est pas de même à bien d'autres égards. Et il nous donne alors des détails intéressants sur la situation de l'enseignement à Toulouse.

Notre Ecole des beaux-arts et notre Conservatoire de musique continuent à former chaque année des artistes dont nous sommes fiers et qui font honneur au pays tout entier.

Notre enseignement, à tous les degrés, est prospère ; nos Académies sont laborieuses et estimées.

produits de sécrétion des tuberculeux, hors de la portée de ces subtils agents de transmission.

MM. Spillmann et Haushalter n'ont fait que donner la démonstration pour le cas particulier de la tuberculose, d'un fait pressenti et admis depuis longtemps par nombre d'observateurs, relativement au rôle des insectes comme agents de dissémination et véhicules de contagion en général. La question a même un petit dossier expérimental. En 1883, Grassi ayant placé sur une assiette, dans son laboratoire, des œufs de trichocéphale, les retrouvait dans sa cuisine, située de l'autre côté d'une cour, sur des substances alimentaires, sur du papier blanc, et, ce qui ne laissait aucun doute sur le mode de transport, dans les excréments de mouches et dans leurs intestins (1). Il parvint d'ailleurs à faire absorber par les mouches des œufs de ténia, de la poudre de lycopode, des hématies de grenouille, des moisissures d'oïdium du lait, qu'il retrouvait peu après intacts dans leur intestin. Or, ajoutait-il, il est peu probable que ces éléments perdent leur vitalité dans cet habitat de transition.

L'idée du rôle qui revient aux mouches dans le transport des germes infectieux s'est imposée de longue date, comme à nous-même, à l'esprit de tous ceux qui ont pu voir, dans les misérables intérieurs arabes, ces essaims de mouches acharnés sur les jeunes enfants en particulier, et qui sont, à n'en pas douter, les agents les plus actifs du transport de cette ophthalmie algérienne à laquelle n'échappe pas un seul membre d'une même famille. Le fait n'avait pas échappé à l'observation des médecins témoins des désastres causés par l'ophthalmie épidémique pendant l'expédition d'Egypte, et il est demeuré acquis dans l'étiologie de cette maladie, qui a heureusement beaucoup perdu de sa gravité d'autrefois. Dans l'instruction rédigée au ministère de la guerre anglais en 1885, pour servir de guide d'hygiène sommaire aux troupes appelées à faire partie de l'expédition de Souakim, on lit que « l'ophthalmie d'Egypte est une maladie attribuable à

(1) *Gaz. d. Ospitali*, 1883, 59, et *Centralbl. f. klin. Med.*, 1883, 52, p. 837.

Nous allons, dans peu de jours, commencer à bâtir de nouvelles écoles primaires; notre Lycée de jeunes filles vient d'être installé dans un édifice établi suivant les données les plus récentes de l'hygiène; la restauration du Lycée de garçons est commencée.

La nouvelle Faculté des lettres va s'élever à côté de la Faculté de droit, et la Faculté de médecine, dont nous poserons devant vous la première pierre, sera installée à côté des constructions neuves destinées à la Faculté des sciences.

Le gouvernement a bien voulu nous aider à faire de Toulouse un centre universitaire complet et la municipalité n'a reculé devant aucun sacrifice pour en arriver là.

Vous remarquerez, Messieurs, que nos édifices récents, et les plans de ceux que nous allons exécuter, attestent, de notre part, des préoccupations d'économie. Il nous a semblé qu'il n'était pas nécessaire d'avoir des constructions somptueuses et monumentales pour atteindre le but que poursuit l'enseignement.

Nous aurons donc bientôt toutes les Facultés réunies et vous les connaîtrez à l'œuvre.

Il y a 500 ans, lorsque Raymond VII, comte de Toulouse, défenseur de la tolérance religieuse et de la liberté, fut vaincu par les croisés du Nord, on lui imposa comme punition d'avoir à instituer dans la ville et à payer une Université qui devait ramener les esprits sous le joug de l'autorité triomphante.

De même, au lendemain de ses triomphes, l'Allemagne instituait l'Université de Strasbourg, pour régenter l'Alsace et la Lorraine, afin, dit le discours d'inauguration : « que l'esprit du peuple alsacien, fécondé à nouveau, reconnaisse sans peine le retour à l'ancienne patrie ».

la malpropreté, à l'encombrement et aux *mouches* ». Et plus loin, ces recommandations dictées par l'appréhension qu'elles inspirent comme véhicules d'infection en général : « Les blessures seront protégées contre les mouches par une infusion de quassia; par une solution faible de créosote; par l'application d'une pièce de lint trempée dans la térébenthine; par le camphre, dont on saupoudrera le pansement au dehors. On se précautionnera d'ailleurs de moustiquaires et d'éventails (1). »

« La mouche qui pullule l'été dans nos habitations, lisions-nous récemment dans la *Revue scientifique*, qui voltige et qui se pose partout, doit être un véhicule de transport pour bien des germes. Dans les hôpitaux, par exemple, elles peuvent, en se rendant des déjections ou du linge des contaminés sur les aliments, emporter avec elles des principes virulents. L'action de la mouche explique bien des cas de contagion. Une sage mesure, en cas d'épidémie, serait de mettre en dehors des atteintes de ces insectes les objets contaminés, car il est impossible de songer à les détruire (2). » En ce qui concerne la prophylaxie de la tuberculose, MM. Spillmann et Haushalter demandent, comme on sait, que les crachoirs, en verre ou en porcelaine, soient munis d'un couvercle, et que les crachats soient stérilisés au contact de l'eau bouillante ou par l'acide phénique à 5 p. 100.

Koch admet que les insectes peuvent servir de véhicule au choléra : « Je tiens pour possible, dit-il, que la substance infectieuse peut être apportée sur les aliments par les insectes, par la mouche ordinaire, notamment. » Et ailleurs : « Les mouches mêmes peuvent déposer le bacille sur nos aliments. Y rencontrant une surface humide, les bacilles peuvent sans doute conserver quelque temps leur vitalité et être ensuite absorbés directement (3). »

Cette opinion de Koch, relativement à la possibilité de la transmission du choléra par les mouches, est à rapprocher du fait, noté par plus d'un

(1) *Army medical Department Report*, 1882-1885, p. 325, 335.
(2) *Revue scientifique*, 1885, II, 670.
(3) *Sem. méd.*, 21 août 1884. — *Berlin. klin. Woch.*, 1884, p. 499.

Or, qu'est-il arrivé? L'Université de Toulouse devenait bientôt un foyer de science, c'est-à-dire d'émancipation, et l'on a pu constater récemment quels étaient les résultats obtenus par l'Université de Strasbourg et si contraire aux vœux de ses fondateurs.

Il n'en peut être autrement. Quand on sème la lumière, on recueille l'esprit de justice et l'amour de l'indépendance. Voilà pourquoi on remarque dans nos villes françaises tant de hâte, d'émulation et d'ardeur pour multiplier et pour armer les établissements d'instruction publique.

Lorsque Toulouse reprend simplement les droits et le rang qu'on lui avait enlevés, il y a un siècle, elle se réjouit publiquement; elle ne doit inspirer aucune appréhension à ses voisines qui savent bien que la moisson est grande et que dans ces domaines les ouvriers ne sont jamais trop nombreux.

M. J. Rochard, après avoir remercié M. le maire de l'accueil cordial qu'il voulait bien faire à l'Association, et annoncé que l'union de l'Association française et de l'Association scientifique était maintenant un fait accompli, nous expose sa manière de voir sur l'avenir de l'hygiène.

« Pour ouvrir un Congrès comme le nôtre, dit-il, avec son esprit si gai, dans la patrie de Clémence Isaure, il aurait mieux valu, sans nul doute, que la parole fût d'abord donnée à quelque adepte du gay savoir; mais, hélas! je ne suis ni *troubadour* ni *trouvère*. L'hygiène, au nom de laquelle je m'adresse à vous, n'a jamais hanté le Parnasse ni parlé le langage des dieux; celui dont elle se sert est plus modeste; mais il

observateur, de leur présence en nombre tout à fait insolite au moment des épidémies de choléra. Un de nos maîtres les plus distingués, qui fit partie, en 1859, de cette funeste expédition du Kyss, au Maroc — interrompue par la plus violente épidémie de choléra qui ait jamais assailli une armée — nous contait, à ce sujet, un incident caractéristique. Au moment de la retraite, il se trouvait à l'arrière avec un officier de spahis chargé de rallier les traînards. Les spahis portaient alors le pittoresque uniforme qui les mettait si bien à l'unisson de leurs troupes : képi rouge, spencer rouge, etc. Tout à coup le médecin d'arrière-garde aperçoit à ses côtés son compagnon de route coiffé d'un képi entièrement noir, et lui demande avec la plus entière bonne foi pourquoi il a arboré le képi d'un artilleur. L'officier, non moins surpris, enlève sa coiffure : un essaim compact de mouches s'envole et lui restitue ses couleurs..... Partout, au Kyss, ajoutait notre interlocuteur, les mouches étaient en quantité innombrable; *elles étaient comme le thermomètre de l'infection.*

On sait avec quelle facilité, dans les pays chauds, les plaies mal tenues, visitées par des insectes, s'infectent de larves et de vers. Dans les derniers temps, on a cité un certain nombre d'exemples dans lesquels leur présence a été constatée jusque dans les cavités naturelles. Saltzmann a vu sortir des larves d'insectes en grand nombre du canal d'un vieillard fréquemment sondé pour un rétrécissement. Le cathétérisme n'en évacuant jamais, il pense qu'elles devaient siéger dans quelque cul-de-sac ou sinuosité du canal. Les symptômes subjectifs consistant dans une sensation de douleur très vive le long du canal et de pression à la région vésicale, disparaissaient quand les larves avaient été évacuées. Celles-ci ressemblaient exactement à celle que la femme du malade avait rendues dans les fœces après avoir mangé des cerises; elles furent rattachées par Haerlin à l'Anthomya scalaris. Leur mobilité, leur faculté de vivre à l'abri de l'air, leur résistance aux différents agents, expliquent, suivant Saltzmann, l'étrangeté de leurs migrations (1).

(1) *Württemberg. med. Corr. Bl.*, 1883, LIII, 7 et 8.

---

est clair, intelligible et profitable pour tous; j'espère que vous l'écouterez avec bienveillance. »

L'hygiène telle que nous la comprenons aujourd'hui est de date toute récente; elle a pris son essort avec le XIXe siècle; elle est l'œuvre des savants et des économistes. Les premiers ont montré ce que l'humanité peut faire pour se garantir contre les maladies; la physique et la chimie ont commencé par déblayer le terrain, la physiologie l'a profondément remué, et c'est alors que M. Pasteur y a semé les germes puissants de ses doctrines. Toute l'hygiène contemporaire part de là. Les seconds ont de leur côté fait faire un pas considérable à l'hygiène en abordant résolument l'étude des problèmes sociaux; leurs principes fondamentaux sont passés dans le domaine de la pratique par la force même des choses, parce qu'il n'y a pas de question sociale qui ne soit doublée d'une question d'hygiène.

Jusqu'alors, elle n'avait été qu'une annexe de la physiologie, qu'un complément de l'étude des fonctions. Au point de vue pratique, son importance était nulle et son utilité contestable. Dans l'enseignement, on l'avait reléguée parmi les accessoires, et les Facultés lui avaient adjoint la médecine légale pour en faire la matière d'un examen; non pas qu'il y eût entre elles le moindre rapport, mais parce qu'on les regardait comme des personnes de peu d'importance qu'il fallait réunir pour leur donner un peu de corps. C'est en s'appuyant l'une sur l'autre qu'elles sont entrées à l'Académie de médecine. On leur a même adjoint la police médicale, pour composer la huitième section. Les choses en sont encore là; mais j'imagine qu'avant vingt ans les cours d'hy-

Wacker a trouvé dans les vomissements d'un garçon de ferme des quantités considérables de larves d'un diptère ou hyménoptère voisin, l'Anthomya caniculata (1). Les larves qu'on a rencontrées dans l'intestin et les selles appartiennent aux genres et espèces suivants : Musca domestica, Musca vomitoria, Anthomya canicularis. Wever, de Meiningen, vient de publier une observation dans laquelle il note, chez un enfant mort avec des symptômes de choléra infantile, une grande quantité de petits abcès enkystés des téguments de la face, constitués par des larves de la mouche bleue (Musca vomitoria). Il n'existait pas de ces larves, toutefois, dans les selles (2).

Ces faits pourraient être multipliés; ils suffisent à montrer que les germes d'infection peuvent être colportés par les insectes sous plus d'une forme.

Toute question a une double face : il nous resterait à parler des tentatives si curieuses faites en Amérique par Carlos Finlay, pour tirer parti, en vue de la prophylaxie de la fièvre jaune, de l'atténuation virulente que subit, dans le corps des moustiques, le sang des malades atteints de *vomito;* mais nous serions entraînés trop loin de notre sujet.

Le but de cette note, d'un simple intérêt d'opportunité, est de montrer, après MM. Spillmann et Haushalter, qu'à côté du parasitisme microbien, il en existe un autre qui, pour ne pas ressortir au microscope, n'en a pas moins son importance et ses dangers. R. LONGUET.

BIBLIOTHÈQUE

DU RÔLE DE L'EAU DANS LA NUTRITION, par le docteur E. CALLAMAND. Paris, O. Doin, 1887.

Une grande partie de cette intéressante thèse inaugurale est consacrée à l'étude phy-

(1) *British med. Journ.*, 1883, I, p. 573.
(2) *Deut. med. Zeit.*, 18 juillet 1887.

giène seront assiégés dans les Facultés, qu'il faudra élargir pour eux les amphithéâtres, et que cette science formera à elle seule la matière d'un examen. Je me flatte encore de l'espoir que, lorsque l'Académie de médecine célébrera son centenaire, elle aura enfin réformé son organisation et que l'hygiène à elle seule en composera l'une des sections.

Depuis plusieurs années, d'ailleurs, l'impulsion officielle et l'initiative privée se sont unies pour faire progresser la question; des conseils d'hygiène se sont formés en province et à Paris avec l'appui du gouvernement; des congrès internationaux se sont réunis dans la plupart des capitales de l'Europe; enfin des publications spéciales se sont créées pour l'étude de ces questions auxquelles l'opinion publique a pris un intérêt croissant. Les résultats obtenus sont déjà considérables; peu de sciences ont marché d'un pas aussi rapide et réalisé autant de conquêtes en aussi peu de temps. Mais, chez nous, tout est encore à l'état de théorie, tandis qu'à l'étranger on est entré largement dans la voie des applications pratiques.

Divers projets ont été formés dans ce sens. Celui qui a le plus de chances actuellement d'aboutir est dû à l'initiative parlementaire. Il veut créer, à Paris, une direction de la santé publique avec son conseil supérieur pour l'éclairer et ses agents départementaux chargés de surveiller l'exécution de ses décisions en matière d'hygiène. C'est un pouvoir agissant, ayant l'autorité nécessaire et les moyens de la faire respecter. Dans le projet du ministre du commerce, ce rouage n'existe pas; il est remplacé par un comité de direction des services de l'hygiène, composé du président du comité consul-

siologique et expérimentale de la question, et les médecins curieux de ce sujet tout d'actualité trouveront dans l'ouvrage de M. Callamand tous les renseignements désirables.

Peut-être notre confrère a-t-il été un peu bref sur la partie clinique; quoi qu'il puisse en penser, quelques observations soigneusement prises n'ont jamais diminué la valeur d'expériences bien conduites et leur ont souvent servi de contrôle.

Les opinions ont beaucoup varié et varieront peut-être encore touchant l'influence de l'eau sur l'obésité. Wodd, Chambers, Trousseau, Martin-Damourette proscrivaient plus ou moins les liquides, et Dancel, en fait de boisson, ne permettait que 800 grammes par jour d'eau rougie et, au gré du sujet, deux demi-tasses de café. Les succès très réels qu'il a obtenus peuvent être rattachés à la réduction du sommeil, à l'exercice, aux bains, souvent aux purgatifs, et surtout enfin au dégoût rapide, à l'anorexie qui s'emparent des malades soumis à un régime alimentaire uniforme. Œrtel, Ebstein, Voit, Constantin Paul, Dujardin-Beaumetz sont encore partisans de l'abstinence des boissons.

M. G. Sée supprime les boissons alcooliques, mais conseille à ses malades de boire beaucoup; pour M. Bouchard, on doit se baser, pour augmenter ou restreindre les boissons, sur le chiffre de l'urée excrétée par les obèses; A. Robin donne de l'eau aux polysarciques par dénutrition imparfaite et la refuse à ceux par excès.

Comment choisir dans cette querelle de maîtres éminents? M. Callamand ne choisit pas; car, pour lui :

« L'eau est le milieu des actes nutritifs; elle n'accroît ni ne ralentit les échanges; elle n'en modifie pas l'équilibre.

« L'eau ne fait ni engraisser ni maigrir.

« Dans l'institution d'un régime contre l'obésité ou la maigreur, toute prescription à l'égard de l'eau et des boissons aqueuses est inutile. » — P. C.

Des ventouses vésicantes dans les congestions chroniques médullaires (traitement Baraduc). Travail lu au Congrès international de Copenhague, par le docteur Baraduc fils. — Paris, A. Davy, 1886.

Le point capital de la maladie consiste en la déviation nutritive, subie plus ou moins fortement par les segments nerveux atteints, que cette déviation soit primitive ou secondaire à la congestion existante.

---

tatif, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur du commerce intérieur. Ces trois fonctionnaires ayant d'autres attributions, ne pouvant se réunir qu'à des jours et à des heures déterminés, ne présentent pas, ce me semble, au point de vue de l'unité de direction, de la promptitude et de l'énergie des décisions, de l'autorité près des subalternes, les mêmes garanties qu'un directeur exclusivement chargé de ce service, seul responsable près du ministre et ayant dans ses mains tous les rouages de son administration. C'est aussi l'opinion de la commission de la Chambre chargée d'étudier les deux projets. Elle a préféré celui qui émanait de l'initiative parlementaire.

Mais, lorsque cette loi sera promulguée, tout ne sera pas fini, et les difficultés recommenceront quand il faudra organiser et faire fonctionner le service de l'hygiène publique. Le personnel sera évidemment recruté parmi les médecins, mais il faudra leur donner pendant quelque temps une instruction spéciale, qui leur manque actuellement, et des instructions précises sur leurs devoirs et veiller à ce qu'ils ne s'en écartent pas; il faudra surtout les mettre en garde contre les excès de zèle et les opinions préconçues.

D'autre part, l'administration n'a jusqu'ici rencontré dans l'hygiène qu'une conseillère et jamais une rivale; elle n'a jamais été entravée par elle dans son action et les conflits n'ont pas pu surgir. Il n'en sera plus de même du jour où la direction de la santé publique sera confiée à des hygiénistes et qu'ils auront à faire eux-mêmes l'application des mesures qu'ils jugeront nécessaires. A partir de ce moment, ils doivent s'attendre à rencontrer dans les autres départements ministériels, comme dans les conseils élus, de

Quel que soit le siège de la congestion, diffuse, systématique; quelle que soit sa forme diathésique, subaiguë, scléreuse, irritative, etc., le traitement tend à :

1° Dégager l'élément nerveux d'une lymphe trop abondante, ou devenue impropre à sa nutrition;

2° Rétablir le type nutritif normal *albumino-phosphaté potassique alcalin;*

3° Entraîner l'élément nerveux vers un fonctionnement progressif et régulier.

Dans ce but, l'auteur démontre l'action *dérivative* (grâce aux anastomoses veineuses intra et extra-rachidiennes), *vésicante* et *irritative* des ventouses vésicantes mises avec l'éther, et divise le traitement en quatre périodes :

Première période : *Décongestion veineuse* avec amélioration passagère. — Deuxième période : *Fièvre de reprise* avec accidents de retour, c'est-à-dire apparition d'une phase subaiguë passagère, recherchée et maintenue dans des limites voulues, phase de nature résorbante, reproduisant les principaux symptômes, s'accompagnant d'accès de fièvre et d'urines chargées; elle est suivie d'un dégagement de l'appareil, se traduisant par une amélioration de sa fonction. — Troisième période d'*oscillation*, c'est-à-dire alternatives différentes avec dégagement successif des appareils nerveux et marche progressive vers la cure. (Ici se placent : *a*) le traitement diathésique; *b*) et au fur et à mesure du dégagement des segments, la renutrition phosphorée; *c*) l'aimantation et la galvanisation rachidiennes.) — Quatrième période : *Convalescence* (au bout de deux à plusieurs mois) avec entraînement fonctionnel progressif des segments remis dans un état de vitalité supérieure.

Le traitement intégral n'est pas nécessaire à tout malade. Telle période vient en première ligne, suivant le cas : 1° de la maladie envisagée dans sa forme; 2° du malade considéré dans ses diathèses, son âge, son propre vitalisme. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Une nouvelle méthode d'exploration du réflexe patellaire, par WARREN-LOMBARD. (*The New-York medical Journal*, 29 janvier 1887.) — Au cours de ses recherches faites au laboratoire de physiologie du Collège national de médecine et de chirurgie de New-York sur les réflexes et la période latente directe et indirecte des muscles, l'auteur a été amené à rechercher un moyen de provoquer le phénomène du genou et d'en

la méfiance, une hostilité sourde, et, à défaut d'une résistance ouverte, une force d'inertie suffisante pour paralyser leurs bonnes intentions.

Déjà l'influence croissante de l'hygiène porte ombrage à plus d'un haut fonctionnaire. « Ces médecins sont bien envahissants », disait, il y a quelques années, un ministre que gênaient quelque peu le bruit fait par la fièvre typhoïde dans les Sociétés savantes et le retentissement de leurs discussions dans la presse extra-médicale. Il faut s'attendre à ce qu'on nous trouve encore bien plus encombrants le jour où nous ordonnerons au lieu de conseiller, où la direction compétente ou autonome que nous réclamons contraindra les municipalités à prendre les mesures nécessaires et fera inscrire d'office à leurs budgets les sommes que ces mesures réclameront.

Il faudra lutter contre la routine, contre le mauvais vouloir des intéressés dont on gênera les industries insalubres, se plier à l'exiguité des ressources locales et des budgets communaux. Il faudra surtout proportionner la dépense avec le but à atteindre; lorsqu'on bâtit une école, il suffit que l'espace, l'air et la lumière y soient libéralement dispensés; mais il est inutile d'élever un palais pour des enfants dont les parents habitent des masures.

Lorsque l'hygiène publique aura conquis son autonomie, organisé et discipliné son personnel, elle sera en mesure d'aborder la tâche considérable qui lui incombe aujourd'hui. Tout est à faire en matière d'application; mais les solutions sont prêtes et il n'y a plus qu'à se mettre au travail, en allant au plus pressé.

L'œuvre la plus urgente, celle qui ne comporte plus de retard, c'est la police des ma-

mesurer l'intensité d'une façon moins approximative et moins grossière que celle dont on se sert d'ordinaire.

L'auteur nous fait connaître cette méthode qui est, d'après lui, très simple dans sa pratique et très délicate et fidèle dans ses résultats. Elle se recommande encore aux neuropathologistes par la facilité avec laquelle elle peut être employée chez les malades confinés au lit.

Le sujet est couché sur le côté, le membre à examiner est éloigné de celui sur lequel il repose, à l'aide d'un coussin, d'un drap roulé, d'une couverture ou d'un traversin placé entre les deux cuisses, de façon à séparer les deux genoux, et autant que possible à fixer la cuisse du membre à examiner.

Le pied est alors soulevé légèrement à l'aide d'une anse faite d'une corde, d'une serviette roulée ou d'une bande à pansement. Les chefs de cette anse sont saisis aussi loin que possible de la cheville et par conséquent à leurs extrémités de façon à laisser une complète mobilité à la jambe.

On frappe alors le ligament rotulien à l'aide d'un corps percuteur mousse qui doit être sensiblement plus lourd que le petit marteau spécial dont on se sert ordinairement.

On pourrait, s'il était nécessaire, comme le suggère l'auteur, perfectionner encore cette méthode en immobilisant mécaniquement la cuisse, en modifiant le moyen de support du pied, etc. Quoi qu'il en soit, d'après M. Varren-Lombard, grâce à cette méthode, on obtient souvent un réflexe chez un malade là où par la méthode d'examen ordinaire on n'obtenait plus rien ou presque rien.

C'est que, dans cette nouvelle manière, le poids du membre est soustrait au travail du muscle dont la moindre contraction peut, dès lors, se manifester et déterminer un mouvement perceptible.

Grâce à elle, on a pu relever quelques particularités curieuses. C'est ainsi que chez un sujet profondément endormi on a obtenu un réflexe patellaire marqué. Les renforcements décrits par Weir-Mitchell (voir *Medical New*, 13 et 20 février 1886) furent admirablement constatés grâce toujours à cette méthode qui paraît répondre à tous les besoins de l'investigation clinique la plus minutieuse.

Il serait facile d'enregistrer, au moins *grosso modo*, l'étendue de la contraction réflexe. Pour ce faire, l'auteur suggère un plan d'organisation des plus simples, mais auquel nous renverrons ceux de nos lecteurs que la question intéresse plus particulièrement.

L. Dn.

---

ladies manifestement contagieuses. Il est incroyable qu'à notre époque, après les réclamations, les plaintes tant de fois répétées des médecins et des hygiénistes, nous en soyons encore sous ce rapport au même point qu'au commencement du siècle. Les contagieux ne sont même pas séparés des autres malades dans les hôpitaux. A Paris, ils sont traités pêle-mêle dans les salles d'adultes. Dans les hôpitaux d'enfants, on sépare des autres ceux qui sont atteints de variole, de diphthérie et de rougeole; mais ce sont les seuls. La coqueluche et la scarlatine sont traitées dans les salles communes, de telle sorte qu'on voit, tous les jours, des enfants entrer à l'hôpital avec une bronchite et y mourir de la scarlatine, qui leur a été communiquée par un de leurs petits voisins. A plus forte raison laisse-t-on ces maladies évoluer en liberté dans les maisons particulières. Aucune mesure n'est prise pour l'isolement des malades à domicile, pour la préservation de ceux qui les entourent, pour la désinfection des locaux, du linge et des vêtements contaminés. Enfin, et ceci me semble le comble de l'insouciance, nous sommes depuis quatre-vingt-cinq ans en possession d'un moyen certain de nous préserver de la petite vérole, et cette maladie fait encore chez nous environ 1,000 victimes par an. Nous l'avons chassée de notre armée à l'aide des revaccinations, mais, malgré l'avis formel de toutes les Sociétés, de tous les conseils compétents, on a reculé devant la vaccine obligatoire. Il n'a été donné aucune suite au projet de loi soumis, il y a sept ans, par notre regretté collègue le docteur Liouville, à la Chambre des députés.

Aussitôt que l'organisation du service de santé sera achevée, il faudra organiser en France le service de la vaccine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Marey donne lecture d'une note intitulée : *Recherches expérimentales sur la morphologie des muscles.*

« Il y a deux siècles, Borelli a fait voir que l'effort dont un muscle est capable est proportionnel à la section tranversale de ses fibres rouges, tandis que l'étendue de son raccourcissement est proportionnelle à leur longueur. Aujourd'hui que la notion du travail mécanique est bien définie, on peut compléter la conclusion de Borelli en disant que le travail qu'un muscle peut produire est proportionnel au volume ou au poids de sa fibre rouge, tandis que les deux facteurs de ce travail, l'effort et le chemin, sont proportionnels l'un à la section, l'autre à la longueur des faisceaux contractiles ; le tendon n'est qu'un organe de transmission du travail.

« En 1873, j'ai montré que l'anatomie comparée du système musculaire des mammifères et des oiseaux confirme entièrement cette loi et que partout éclate une harmonie parfaite entre la forme d'un muscle et les conditions dynamiques de son travail, de sorte que les variétés de forme qu'un même muscle présente chez les différents animaux sont toutes motivées par les exigences d'un type particulier de locomotion.

« Un problème se posait dès lors. Cette harmonie est-elle préétablie dans les plans de la nature, ou bien est-elle engendrée par la fonction elle-même ? En d'autres termes, la forme du muscle se met-elle spontanément en harmonie avec les nécessités de sa fonction ?

« J'inclinais vers cette conclusion pour des raisons diverses. Tout le monde sait que les exercices athlétiques font grossir les muscles en les rendant capables d'efforts plus énergiques ; n'y aurait-il pas aussi des conditions où les muscles changent de longueur sous l'influence d'un changement survenu dans l'étendue de leur raccourcissement ?

« Ces cas existent et j'ai cru les reconnaître dans les modifications de la longueur des tendons signalées par J. Guérin à la suite de certaines ankyloses. Mais ce que J. Guérin considérait comme une dégénérescence pathologique des muscles qui devenaient fibreux était, pour moi, le résultat d'un travail physiologique par lequel un muscle dont les mouvements sont réduits par une ankylose partielle réduit spontanément la longueur de sa fibre rouge et n'en garde que ce qui est nécessaire à l'étendue actuelle de ses

---

Les autres maladies éruptives n'ont pas, comme la variole, un préservatif assuré; mais on peut en diminuer considérablement les ravages en prenant, à l'égard des malades, des personnes qui les assistent, des lieux et des objets qui les ont contaminés, les mesures qui sont depuis longtemps en usage dans tous les pays civilisés. Celles qu'on a prises en Angleterre contre la scarlatine ont déjà porté leurs fruits, et, à New-York, la mortalité par la scarlatine et la diphthérie a diminué de 75 p. 100 depuis la création du Bord of Health.

Il en est de même des autres maladies non contagieuses, comme la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente; elles résultent de mauvaises conditions d'hygiène qu'il suffit de faire cesser pour les voir disparaître; l'assainissement des maisons et des villes, le drainage des marais sont des opérations peu coûteuses, relativement aux bénéfices immenses qu'elles donnent, calculés en existences humaines et en somme d'argent.

M. Rochard insiste, en terminant, sur les mesures que doivent prendre les gouvernements pour assurer l'hygiène internationale, en particulier les quarantaines des navires venant des pays où séjourne en permanence le choléra. Les Anglais ont cessé de s'y soumettre, et c'est la plus urgente des tâches dont l'hygiène devra s'acquitter lorsqu'elle se sera affranchie; le ministère dont elle dépendra aura à s'entendre avec son collègue des affaires étrangères pour poursuivre la réunion d'une conférence nouvelle qui reprendra l'œuvre commencée à Rome en 1885, et la conduira, il faut l'espérer, à bonne fin.

M. Schlumberger, ancien ingénieur de la marine, secrétaire général, a fait ensuite le

mouvements. J'interprétais de même l'allongement des tendons et le raccourcissement de la fibre rouge chez les vieillards, dont les mouvements perdent graduellement de leur étendue. Enfin j'appelais l'attention des expérimentateurs sur ce point de physiologie, persuadé qu'il était possible d'accroître ou de diminuer la longueur des fibres rouges d'un muscle en augmentant ou en diminuant l'étendue des mouvements qu'elles peuvent exécuter.

« Dix ans plus tard, parut en Allemagne un très remarquable travail du docteur Wilhelm Roux sur la morphologie des muscles. L'auteur conclut aussi à la régulation spontanée des muscles sous des influences physiologiques (irritation fonctionnelle amenant des phénomènes trophiques). Il cite à l'appui de cette théorie les modifications qu'on observe sur la longueur des fibres rouges du muscle *carré pronateur* suivant l'étendue que présentent les mouvements de rotation du radius autour du cubitus. La valeur angulaire de ces mouvements variait sur les cadavres examinés de 12° à 187° ; or la longueur des fibres du muscle *carré pronateur* variait suivant le même rapport.

« Dans mes cours au Collège de France, je revins, l'année dernière, sur les lois de la morphologie musculaire et, comparant la forme des muscles gastrocnémiens dans la race blanche avec ceux du nègre, je trouvai un nouvel exemple d'harmonie entre la forme des muscles et les conditions de leur travail.

« On dit que certains nègres n'ont pas de mollets ; or l'anatomie montre que leurs muscles gastrocnémiens sont longs et minces, se prolongeant en bas aux dépens du tendon d'Achille, au lieu de former, comme chez le blanc, une masse volumineuse en haut de la jambe. Le nègre possède, toutefois, une aptitude incontestable à la marche ; ses muscles gastrocnémiens, s'ils ont peu de développement transversal et, par conséquent, peu de force, doivent avoir des mouvements très étendus. Ils pourront faire, dès lors, le même travail que des muscles plus gros, mais dont les mouvements seraient plus bornés. S'il en est ainsi, les gastronémiens du nègre doivent agir sur un bras de levier plus long que ceux du blanc ; le calcanéum du nègre doit donc être plus long que celui du blanc. Je vérifiai cette prévision sur les squelettes du musée de la Société d'anthropologie et trouvai que la longueur moyenne du calcanéum du nègre, mesurée du centre du mouvement articulaire à l'attache du tendon, est à celle du blanc comme 7 est à 5.

« Je résolus dès lors de provoquer expérimentalement sur des animaux des modifications dans la longueur des muscles en changeant les bras de levier auxquels ces muscles

---

résumé des travaux de l'Association au Congrès de Nancy, et de ses faits et gestes dans l'année qui vient de s'écouler. Il a rappelé en excellents termes les pertes que la mort nous a causées en nous enlevant MM. E. Leudet, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen; les professeurs Béclard et Gosselin, Henri Liouville; Duboscq, constructeur d'instruments; Surrel, ingénieur en chef des ponts et chaussées; Blavier, inspecteur général des lignes télégraphiques; Paul Bert, etc.

Les distinctions honorifiques et promotions qui ont été accordées à des membres de l'Association forment heureusement une liste plus longue et la consolent de ses tristesses.

M. Emile Galante, trésorier de l'Association, a fait ensuite part de l'état de nos finances, qui est des plus satisfaisants. Le nombre des adhérents est d'environ 4,500; le revenu, y compris les cotisations, de 82,260 francs; le capital, de 623,000 francs; les subventions distribuées depuis la fondation, en 1872, dépassent actuellement 150,000 francs.

L.-H Petit.

s'insèrent. Ma conviction était assez arrêtée pour que je n'aie pas hésité à prédire les résultats que je devais obtenir.

« Les vastes terrains que la Ville de Paris a affectés à la station physiologique me permettent d'y élever en liberté des animaux dont la locomotion ne soit point entravée. Sur des chevreaux et des lapins, je réséquai le calcanéum, de manière à réduire de moitié environ le bras de levier des muscles postérieurs de la jambe. M. le docteur Quénu voulut bien pratiquer ces opérations par la méthode antiseptique, ce qui assura la cicatrisation immédiate. Je possède aujourd'hui des lapins opérés depuis plus d'un an ; l'un deux vient d'être sacrifié et les muscles de ses membres postérieurs disséqués ont été comparés à ceux d'un lapin normal servant de *témoin*.

« Les changements prévus se sont accomplis. Sur le lapin normal, les faisceaux et leur tendon ont à peu près la même longueur ; sur le lapin dont le calcanéum est réséqué, la longueur des muscles n'est guère que la moitié de celle du tendon.

« L'opération a été variée de diverses manières : j'ai cherché, par exemple, à réduire les mouvements en détachant les tendons du calcanéum sur lequel il se réfléchissent en y contractant des adhérences, puis en luxant latéralement ces tendons. Le résultat a été le même que celui de la résection, au point de vue des changements produits dans la longueur des muscles. Il devait en être ainsi, puisque, dans les deux cas, le bras de levier de la force du muscle était diminué.

« D'autres résultats que je ne cherchais pas se sont encore produits : ainsi une atrophie partielle des os du membre, des changements de forme et de volume des fléchisseurs du pied, etc. Ces changements méritent d'être étudiés avec soin, car ils semblent aussi devoir éclairer les lois de la morphologie.

« Je me borne aujourd'hui à annoncer que l'expérience a vérifié mes prévisions ; ce succès entraînera, je l'espère, la conviction des physiologistes, et d'autres expérimentateurs continueront ces recherches.

« Qu'il me soit permis d'insister sur la portée de la morphologie expérimentale. Les théories transformistes attendent encore leur démonstration. Pour prouver qu'un organe se met en harmonie avec les conditions dans lesquelles il fonctionne, il faut d'abord connaître les relations qui existent entre la forme de cet organe et les caractères de sa fonction. Ce rapport semble maintenant bien défini en ce qui concerne le muscle ; c'est donc sur le muscle que les expériences devront porter. Il reste unpas à franchir, c'est de provoquer des variations de la forme musculaire en changeant les conditions extérieures de la locomotion, et sans que l'intervention chirurgicale modifie les relations anatomiques des organes. Il faudra voir enfin si l'hérédité fixe, dans certaines limites, les modifications qui seront ainsi obtenues. »

FORMULAIRE

Gargarisme contre la stomatite. — Monin.

Acide borique........................	āā 1	gramme.
Acide salicylique....................		
Chlorate de potasse..................	8	grammes.
Glycérine très pure..................	50	—
Essence de myrrhe....................	XVI	gouttes.
Hydrolat de fleurs d'oranger.........	300	grammes.

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en gargarismes et en lavages de la bouche, dans le cas de stomatite catarrhale. — Le malade peut, en outre, sucer des pastilles de borax sans sucre. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nous lisons dans un journal d'Amsterdam du 30 août :

« Dans un village voisin, à Abkoude, où sévit la diphthérie, les parents, au lieu d'appe-

ler un médecin dès que leurs enfants sont atteints, mandent le prêtre qui appelle sur les petits malades les bénédictions de saint Blaise. Une feuille ayant dénoncé ce fait, les journaux catholiques de crier aussitôt à l'intolérance religieuse, de s'indigner de voir ainsi ridiculiser les pratiques de leur culte. « Vous ne connaissez donc pas saint Blaise? » demandèrent-ils à leurs adversaires! « Non, répondirent les feuilles libérales, saint Blaise est inconnu dans la pharmacopée des Pays-Bas ; nous l'y avons cherché en vain. Mais, en présence de la manifestation de certains parents faisant connaître que, en pareilles circonstances, ils se garderaient de demander du secours aux médecins, il nous faut bien déclarer que nous tenons ces pratiques religieuses pour aussi innocentes qu'indifférentes ». — Ch. S.

COURRIER

Par décret, en date du 16 septembre 1887, la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique entendue ;

L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est supprimée ;

Il est créé à Toulouse une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés, pour deux ans, à partir du 1er novembre 1887.

1° Chefs de clinique chirurgicale : MM. les docteurs Princeteau et Phélippot, en remplacement de MM. Loumeau et Lacharrière dont le temps d'exercice est expiré.

2° Chef adjoint de clinique chirurgicale : M. le docteur Sengensse.

— M. le docteur Daremberg, correspondant de l'Académie de médecine, est chargé d'une mission à Vienne, en vue de prendre part, comme représentant du ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux arts, au Congrès d'hygiène et de démographie qui se tiendra dans cette ville pendant le mois de septembre 1887.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cervelle, médecin-major, décédé à Nancy ; Durand (de Bourg-Saint-Andéol) et de M. Sabattier, médecin aide-major de première classe, décédé au Tonkin.

Bulletin bibliographique.

Manuel de dissection, par W. Braune et W. His, traduit par le docteur G. Fœttinger, assistant d'anatomie à l'Université de Liège.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Manceaux, à Bruxelles.

Le charbon des animaux et de l'homme, par J. Straus, professeur agrégé. 1 vol. in-8° de 223 pages, avec 4 figures et une planche. — Prix : 6 fr.

Cet ouvrage se trouve au « Progrès médical », 14, rue des Carmes, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Histoire d'un dégénéré.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 juillet 1887,

Par M. le docteur J. Dubrisay.

Le 25 juin 1887, Mme B... me présentait, au dispensaire de la rue Jean-Lantier, son fils âgé de 11 ans 1/2, pour lequel elle me demandait un traitement, ou tout au moins des conseils sur ce qu'elle devait en faire : cet enfant, en raison de son caractère indisciplinable, de ses excentricités, on peut même dire de ses vices, s'est fait exclure de toutes les écoles privées ou publiques de l'arrondissement et renvoyer par les diverses personnes de la famille chez qui la mère l'avait placé.

Les renseignements recueillis sur ses antécédents héréditaires sont les suivants :

Antécédents héréditaires. — Côté paternel : Le grand-père paternel était un brave homme, bon ouvrier. Rien de ce côté.

La grand'mère était une cérébrale. Elle a été mélancolique pendant plusieurs années.

Une tante, sœur du père, vit encore. Elle est mariée et mère de famille; depuis plusieurs années, elle est mélancolique : elle vit dans l'oisiveté; elle ne s'occupe ni de son ménage, ni de son mari, ni de ses enfants.

Le père était un homme paresseux, méchant, alcoolique. Il buvait surtout de l'absinthe. Il avait des crises de nerfs qui duraient parfois trois jours de suite. Il se faisait nourrir par sa femme, qu'il battait journellement, et l'a abandonnée, quand elle était enceinte de quatre mois de l'enfant qui fait le sujet de l'observation, pour aller vivre avec d'autres femmes. Il avait toutefois conservé une clef de la chambre conjugale et venait de temps en temps se faire donner de l'argent. Il est mort, à 37 ans, de tuberculose pulmonaire après plusieurs mois de maladie.

Côté maternel : La mère, âgée de 37 ans, est une femme intelligente, travailleuse, et paraît être d'une conduite rangée. Depuis vingt ans, elle est employée comme ouvrière confectionneuse dans la maison Revillon. Elle dit n'avoir jamais été malade, n'avoir jamais eu d'attaques de nerfs; elle est cependant très nerveuse, très impressionnable; elle s'exalte facilement en parlant, se vante volontiers au point de vue de l'honorabilité et du travail. Elle a été certainement une très mauvaise éducatrice, passant d'une irritabilité extrême à une faiblesse exagérée.

Antérieurement à la naissance de Gabriel B..., elle avait eu trois enfants qui, tous les trois, sont morts de convulsions.

Histoire du malade : Gabriel B... est né le 17 décembre 1875. Il est donc âgé de 11 ans 1/2. Il a été élevé au biberon à la campagne, où il est resté jusqu'à l'âge de 2 ans. Il en est revenu chétif, malingre, sujet à des convulsions. Placé à 3 ans dans une école maternelle de la rue des Bourdonnais, il en fut renvoyé au bout de quelques mois comme un enfant absolument indisciplinable. A ce moment, un médecin le crut atteint de tuberculose généralisée et la mère le renvoya à la campagne, où il séjourna jusqu'à 6 ans 1/2. Revenu cette fois bien portant, il fut placé dans une école communale du 1er arrondissement, dans une classe élémentaire dirigée par une maîtresse excellente au point de vue pédagogique. Cette seconde tentative ne réussit pas mieux que la première, et, après quelques mois d'essai, la mère dut encore reprendre son enfant et le confia à son frère, cultivateur des environs de Saumur.

La vie au grand air, les occupations fatigantes de la campagne parurent d'abord réussir au Parisien indisciplinable, mais cette amélioration fut de courte durée.

Gabriel B... avait à peine 9 ans quand un jour, il l'a raconté lui-même à sa mère, il fut entraîné dans un champ par un garçon de 15 ou 16 ans, qui, du même coup, l'initia à la masturbation et à la sodomie. Depuis lors, la masturbation devint pour lui une passion et a été le point de départ de la déchéance morale et physique dans laquelle il est tombé et qui nous reste à décrire.

Gabriel B... est un enfant qui, à première vue, ne présente aucun signe de déchéance physique, aucun vice de conformation. Il est d'une taille ordinaire, pâle et maigre comme beaucoup de petits Parisiens. Il ne présente aucune trace de scrofule, les deux testicules sont descendus dans les bourses, le phymosis naturel aux enfants est très prononcé, sans doute par suite des habitudes de masturbation. Les diverses fonctions physiques sont régulières. Il paraît être d'une intelligence moyenne : il sait lire, écrire et un peu compter. Il apprendrait facilement par cœur, au dire de sa mère, mais il ne se donne généralement pas la peine de faire ses devoirs.

Toutes les altérations portent sur le caractère, et il faut ici distinguer l'état ordinaire et les périodes de crises.

En temps habituel, le fait dominant est qu'il échappe à toute autorité. Sa mère le charge d'une commission, il ne la fait pas, et, pendant dix, douze heures de jour et de nuit, elle ne le revoit plus. Il s'est fait renvoyer de la dernière école où elle l'avait fait admettre, parce que, pendant des semaines de suite, il n'y paraissait pas. Il vit sur les berges des quais, au milieu de cette population interlope qui y a élu domicile. Il ne joue avec aucun enfant et ne s'accorde pas avec ses camarades; si on le voit avec un enfant, c'est pour le battre; personne ne l'accuse jusqu'ici d'avoir volé.

Ce que la mère et les voisins appellent des crises sont des périodes d'excitation qui succèdent à la masturbation, et pendant lesquelles, sans aucun motif apparent, il crie, déchire ses vêtements ou les objets qui lui tombent sous la main, se roule par terre et frappe sa mère si elle veut lui imposer silence. Les crises durent toujours plusieurs heures et se produisent aussi bien la nuit que le jour. Il habite dans une maison d'ouvriers très peuplée, et, à diverses reprises, les cris ont été tellement perçants que, soit de jour, soit de nuit, les voisins sont accourus en foule pour se rendre compte de ce qui se passait. Les premières fois, on avait accusé la mère de maltraiter son enfant.

Si violentes que soient ses crises, l'enfant ne perd jamais connaissance; rien, dans les descriptions qui m'ont été faites, ne rappelle l'attaque d'épilepsie ni celle d'hystérie. Il semble qu'il soit désireux, ou tout au moins bien aise d'attirer l'attention, d'occuper de lui, et, à plusieurs fois, il a menacé de se tuer; il prenait un couteau et faisait le simulacre de se frapper.

La période de cris et de violence terminée, il s'échappe de chez sa mère, court dans les escaliers et dans les corridors, en chemise, ou s'en va nu-pieds par les rues et sur les quais.

Une dernière crise a duré plus de vingt-quatre heures, pendant lesquelles il a refusé de manger. Tombé dans cet accès bizarre le jeudi à deux heures, il s'est échappé le soir vers neuf heures, n'est rentré que pendant la nuit, ramené par des voisins, a crié toute la nuit et une partie du vendredi, et n'a consenti à manger, raconte la mère, que le samedi matin.

Quand il revient à son état habituel, il n'accuse ni regret ni repentir. Pendant que sa mère nous faisait le récit précédent, il n'éprouvait nulle espèce d'embarras. A nos diverses questions sur ce qui s'était passé, it répondait même affirmativement, sans la moindre timidité et toujours en souriant. Voudrait-il se corriger, promettait-il de ne pas recommencer, regrettait-il ce qu'il avait fait? Sur ces divers points, il ne répondait plus et souriait.

Dans ces conditions, la mère ayant perdu sur son enfant toute espèce d'autorité, l'enfant ayant été renvoyé de toutes les écoles, il m'a paru, après mûres réflexions, qu'il n'y avait qu'un seul parti à prendre, le faire admettre dans un établissement spécial, et je l'ai envoyé à Sainte-Anne d'où il sera sans doute dirigé sur Bicêtre.

Quel résultat obtiendra-t-on? C'est une dernière question qu'il me reste à examiner. L'enfant, fils d'un alcoolique tuberculeux, petit fils et neveu de mélancoliques, frère de

tuberculeux, est évidemment un dégénéré par hérédité. Sa mobilité de caractère, ses idées précoces de suicide(?), son absence de sens moral, sa passion pour la masturbation sont des tares sérieuses et profondes.

Si grand que soit le pouvoir de l'éducation, ce n'est cependant qu'une force rigoureusement limitée; elle est limitée par la capacité inhérente à la nature de l'individu, et ne peut agir que dans un cercle plus ou moins restreint. Comme tout autre sentiment, le sentiment moral est une fonction de l'organisation, et, chez les dégénérés aussi bien d'ailleurs que chez les aliénés, l'absence de sens moral est une conséquence de l'hérédité ou de la maladie. Cet enfant, placé dans de meilleures conditions, recevra des enseignements moraux : suffisamment intelligent, il en acquérera la connaissance théorique, mais arrivera-t-il à se les assimiler comme le font des natures saines et bien constituées? Là sont la question et le point de doute. Le parti que nous avons pris était cependant le seul indiqué. Ça été assurément un grand service social rendu que d'ouvrir aux enfants dégénérés, aux moralement abandonnés, à tous les déshérités de la nature et de la société, des asiles spéciaux où ils reçoivent une éducation appropriée à leur état, et nous devions, je pense, dans le cas présent, y faire admettre notre jeune malade.

Association française pour l'avancement des sciences.

Seizième session a Toulouse du 22 au 29 septembre.

Dans le compte rendu de la séance d'ouverture, nous avons omis de dire que, pour la première fois, un délégué officiel avait été envoyé par le gouvernement. C'était l'éminent président de l'Académie des sciences, M. Janssen, qui, prenant la parole après le président du Congrès, a exprimé le vif intérêt que le ministre de l'instruction publique porte à l'Association.

Séance du 23 septembre. — Présidence de M. Pamard (d'Avignon).

Ont été nommés : Présidents d'honneur, MM. Rochard, Duplouy (de Rochefort), Thiriar (de Bruxelles), Gosse (de Genève); vice-présidents, MM. Caubet et Labéda (de Toulouse), Bernheim (de Nancy), Grasset (de Montpellier), Poncet (de Lyon); secrétaires, MM. L.-H. Petit, Œttinger, Tissier, Secheyron (de Paris) et Bézy (de Toulouse).

M. le docteur E. Brémont envoie un résumé de sa pratique sur l'action eutrophique du traitement térébenthiné, en douches de vapeur, dans les affections catarrhales chroniques des voies respiratoires. Il en a obtenu de bons effets, surtout dans les affections non tuberculeuses et dans quelques affections où l'amaigrissement, dû à des causes diverses, défaut de nutrition, etc., faisait des progrès rapides.

M. le docteur Carre (d'Avignon) communique une observation de laparotomie chez une malade atteinte de péritonite tuberculeuse, qui guérit bien de l'opération, mais ne put en obtenir une survie bien longue. Cette malade avait eu une ascite qui avait été ponctionnée et avait ensuite présenté des phénomènes d'obstruction intestinale s'aggravant peu à peu. Au bout de six mois, la vie de la malade était menacée, surtout depuis treize jours où la constipation était opiniâtre. On fit une incision de 1 centimètres sur la ligne médiane et on trouva une large bride épiploïque étranglant l'intestin au niveau de la jonction du côlon ascendant et transverse. Ponction de l'intestin distendu et violacé; pas de gaz; issue par la canule d'un liquide trouble; l'intestin étant irréductible, on fait un anus contre nature à gauche, au-dessus de l'S iliaque, et on réunit le reste de la plaie. Suites excellentes. Réunion primitive vers le quatrième jour. L'anus artificiel fonctionne bien; vers le sixième jour, fièvre, bronchite d'abord à gauche, puis généralisée. Mort par phthisie aiguë quatorze jours après l'opération. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est qu'il n'y eut pas de retentissement du côté du péritoine après l'opération, mais celle-ci paraît avoir donné un coup de fouet aux lésions pulmonaires, puisque c'est par le poumon que mourut rapidement la malade.

La péritonite tuberculeuse ne paraît pas cependant contre-indiquer la laparotomie; en effet, dans la thèse de Truc, on trouve onze cas de ce genre, avec neuf guérisons.

M. Secheyron cite un autre cas, opéré par M. Lebec, dans lequel il existait une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme et formée par des amas de ganglions tuberculeux; on fit en quelque sorte l'évidement du péritoine et la malade guérit.

M. le docteur Thiriar (de Bruxelles) croit aussi à l'utilité de l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse avec étranglement interne; dans deux cas, il fit la laparotomie avec anus contre nature. Dans le premier, il obtint une survie de un an et demi; dans le second, de treize mois, et les deux malades sont encore en bon état.

M. le docteur André (de Toulouse) rapporte un cas rare de chromidrose, avec toute l'authenticité désirable, puisque M. Le Roy de Méricourt, si compétent et si sceptique en pareille matière, s'est déclaré convaincu. Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans, non hystérique, présentant aux deux poignets et sous les ongles une transsudation rose, qu'on recueillit et qu'on examina au microscope; elle était constituée par des granulations roses, isolées ou mélangées aux cellules épidermiques.

Sous le titre d'introduction à l'étude des signes de la mort, M. le docteur Arnaud (de la Jasse) lit un travail dont le but est d'établir la limite théorique de la vie et de la mort de l'organisme. Cette mort de l'ensemble est distincte de sa mort locale : elle consiste dans la mort du cœur et de l'appareil respiratoire actif, auquel l'auteur donne aussi le nom de respirateur. Donc, pour juger de la vie ou de la mort de l'organisme, il ne suffit pas d'interroger les diverses parties du corps organisé et de constater leur vie ou leur mort locale, il faut encore savoir si le cœur et le respirateur sont vivants ou privés de vie. Mais pour cela, il ne s'agit pas seulement de savoir si les appareils fonctionnent ou ne fonctionnent pas, il faut se demander encore s'ils ont conservé ou perdu leur aptitude à fonctionner.

M. Gosse, professeur de médecine légale à l'Université de Genève, fait une communication très humouristique sur la mort par la pendaison.

La mort peut survenir de trois manières en pareil cas : par rupture du larynx et asphyxie, par rupture de la moelle, et par compression des veines jugulaires qui déterminent une congestion cérébrale. M. Gosse a fait à ce sujet des expériences curieuses sur lui-même. Les cas de ce genre sont ceux dans lesquels le lien constricteur presse le cou au-dessus du larynx, par exemple dans les cas où le suicidé se suspend le haut du corps, les pieds touchant la terre. Pour réaliser ces conditions, M. Gosse a fait faire une sorte de fourche sur laquelle il s'appuyait le haut du cou ; il a ainsi éprouvé une sensation d chaleur, puis de picotements à la face, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, et enfin la perte de connaissance, au bout de deux minutes six secondes la première fois, et de deux minutes quarante secondes la deuxième fois. Un assistant du professeur Gosse était présent et put lui porter secours à temps, mais Mme Gosse fit une scène terrible à son mari et s'opposa à ce qu'il recommençât cette expérience. M. Gosse n'y trouve d'ailleurs pas plus de danger que lorsqu'on se soumet à la chloroformisation.

Un membre de la société demande quelques renseignements au sujet des sensations voluptueuses que les pendus passent pour éprouver à la dernière période de la pendaison.

M. Gosse n'a rien éprouvé de semblable. Il pense d'ailleurs que ces phénomènes dépendent non de la congestion cérébrale, mais d'une congestion du cervelet; ce sont des phénomènes tout à fait ultimes et dont le pendu n'a aucune perception.

M. Labéda a fait un jour, dans une expertise médico-légale, une expérience semblable à celle de M. Gosse. Il s'agissait de constater la mort d'un pendu dont la corde n'était pas serrée, et de rechercher si la mort avait pu provenir ainsi. M. Labéda mit son cou dans l'anse formée par la corde, dans la même situation que le pendu; il éprouva les phénomènes observés par M. Gosse et perdit aussi rapidement connaissance.

M. Thiriar (de Bruxelles) rapporte un cas intéressant de dégénérescence sarcomateuse d'un testicule retenu dans l'abdomen pour lequel il pratiqua la laparotomie et l'ablation de la tumeur. Le malade guérit parfaitement, bien qu'on eût été obligé d'ouvrir

largement la vessie. Dans un autre cas d'ectopie inguinale avec dégénérescence, l'opération, quoique moins grave, entraîna la mort.

Partant de ces faits, M. Thiriar, considérant la rareté de l'ectopie testiculaire chez l'adulte, et, d'autre part, la dégénérescence fréquente du testicule ectopié, se demande s'il n'y aurait pas avantage à pratiquer la castration préventive, c'est-à-dire l'ablation précoce du testicule, même sans dégénérescence.

M. Jeannel trouve qu'il est un peu hardi de pratiquer la castration préventive en pareil cas, parce que la dégénérescence est moins fréquente que ne le croit M. Thiriar.

M. Pamard partage l'avis de M. Jeannel en principe. Il croit cependant que l'on pourrait pratiquer la castration dès qu'il survient des accidents, parce qu'alors l'opération donne plus de chances de guérison, les désordres étant moins étendus. Dans un cas de ce genre, il dut faire une opération tardive, à cause de la résistance à se laisser enlever le testicule, dont il connaissait l'existence malgré sa situation anormale; la récidive se fit rapidement du côté du rein, et le malade mourut deux mois après, avec des douleurs atroces dans cette région.

M. le docteur Duplouy (de Rochefort) s'attache à démontrer par les faits que l'amputation du genou a été trop sévèrement jugée; il présente un sujet amputé depuis seize ans, qui fait facilement trois lieues par jour sur son moignon et qui (preuve flagrante de cet appui direct) offre un durillon au niveau du condyle externe. Il montre la photographie d'un moignon parfait chez un opéré, datant de dix-neuf ans; il présente des moules plus récents et établit, à l'aide d'une statistique comprenant tous les faits connus depuis 1872, que cette opération doit rester dans la pratique.

Rejetant toutes les statistiques d'origine étrangère, dont on ne peut contrôler les éléments, M. Duplouy a réuni 16 observations dues aux chirurgions français, aux chirurgiens de la marine en particulier; un seul sujet a succombé, 10 ont un moignon parfait, servant à la déambulation directe; 5 seulement ont eu des moignons trop défectueux pour supporter le poids du corps, et ils ont marché comme les amputés de cuisse, parfois même avec des béquilles. Le sphacèle partiel des lambeaux, et plus souvent des abcès interminables, ont causé ces mauvais résultats.

En somme, on a obtenu des moignons parfaits dans les deux tiers des faits, rassemblés dans un tableau qui indique le motif de l'opération, le procédé choisi, la fréquence de tel ou tel accident, le nom de l'opérateur, les sources bibliographiques. L'auteur s'élève contre cette assertion que les condyles doivent à la longue subir une atrophie progressive; les moignons, dont il présente les moules et les photographies, n'ont pas offert le moindre effilement, et il a vainement cherché dans les observations publiées la moindre preuve au sujet d'une conicité anatomique.

Toutes les fois que la lésion est bornée aux os, que la peau a conservé son intégrité et ses moyens de nutrition, la désarticulation du genou doit être préférée à toute amputation de cuisse intra-condylienne ou sus-condylienne; un grand lambeau antérieur, quadrilatère, à angles arrondis, enveloppant bien les condyles, joint à un petit lambeau postérieur de deux travers de doigt, donne un résultat très favorable; l'amputation du genou, lorsqu'elle sera bien indiquée et bien exécutée, donnera, surtout avec l'antisepsie régulière, un moignon parfait et qui demeurera tel.

M. Pamard a connaissance d'un fait dû à son collègue d'Avignon, M. Cassin, qui a pratiqué la désarticulation du genou pour cause traumatique, avec succès, chez une femme enceinte, dont la grossesse se continua sans accident. M. Pamard a lui-même pratiqué la désarticulation traumatique du genou chez un jeune homme de 19 ans, qu'il pansa rigoureusement à l'iodoforme. Malgré une antisepsie parfaite, le blessé fut pris de sphacèle du moignon et de cet état qu'on décrivait autrefois sous le nom de délire nerveux des amputés. Cet état se termina par la mort au vingt et unième jour. Il doit être attribué ici à la septicémie et non à l'iodoforme, car les phénomènes étaient tout différents de ceux qu'on observe après l'intoxication iodoformique.

M. Maréchal (de Brest) rappelle un cas de Beau, désarticulé pour traumatisme, et mort aussi de délire nerveux en trente-six heures; puis un autre cas du même chirur-

gien qui ne se trouve pas dans la statistique de M. Duplouy, et qui fut suivi de guérison.

M. Frédéric Monod (de Pau) communique le résultat de trois cas d'accouchement artificiel provoqué par le procédé de Kraus, qui consiste à décoller l'œuf en introduisant dans la cavité utérine, dans l'étendue de 20 centimètres, une simple bougie en gomme qu'on laisse à demeure jusqu'à ce qu'elle soit chassée pàr les contractions utérines. Il pratique d'abord une injection antiseptique dans le vagin et introduit dans le col la sonde soigneusement désinfectée. Dans ces trois cas, où il s'agissait d'un rétrécissement du bassin, la terminaison fut favorable.

M. Secheyron rapporte un cas dû à M. Auvard, et dans lequel le même procédé fut aussi appliqué avec succès.

M. Pamard trouve, comme M. Monod, que ce procédé est à la portée de tout le monde, puisqu'il suffit d'une simple bougie de gomme pour le mettre en pratique; il est bien préférable, à ce point de vue, à celui de Tarnier. M. Pamard était autrefois partisan du procédé de Tarnier, mais, un jour, il dut intervenir à la campagne, n'ayant à sa disposition qu'une simple sonde; il fut frappé de la facilité et de l'efficacité du procédé de Kraus, et l'a adopté définitivement; il ajoute seulement à ce procédé l'application d'un tampon de gaze iodoformée qui maintient la sonde.

M. Bézy fait remarquer que ce procédé si simple a au moins un inconvénient : c'est d'être à la portée de toutes les femmes qui veulent pratiquer ou se faire pratiquer des avortements, comme on le voit fréquemment dans le région toulousaine.

— Et genevoise, ajoute M. Gosse.

M. Jeannel fait l'exposé d'une intéressante observation de pyo-salpyngite tuberculeuse qu'il a prise pour un kyste multiloculaire de l'ovaire et opérée par la laparotomie. Il discute tous les éléments du diagnostic, et montre que l'erreur, comme dans les cas de Trélat et de Terrier, était impossible à éviter, car on trouvait une tumeur du volume d'un utérus de sept mois et demi, lisse, régulière, à fluctuation obscure, sans aucun des signes de la pyo-salpyngite classique : tumeur moniliforme, etc.

Après la laparotomie, il y eut récidive sous forme d'un abcès tuberculeux du petit bassin, qu'on ne put traiter convenablement, et la malade finit par mourir de septicémie et de tuberculose généralisée.

L.-H. Petit.

De la leucocytose dans les cancers et de la nature du cancer.

I

S'il est un sujet obscur dans la pathologie, c'est certainement la question du cancer. C'est donc avec faveur qu'on accueillera le travail de M. le docteur Georges Alexandre qui, non sans courage, a choisi pour sujet de sa thèse inaugurale l'étude de la leucocytose dans le cancer (1).

Commencé sous l'inspiration de M. le docteur Hayem, ce travail est l'exposé détaillé d'une communication que M. Rousse faisait récemment à la Société de biologie au nom du distingué professeur de la Faculté dont les recherches hématologiques se sont, de ce fait, enrichies d'un chapitre du plus haut intérêt.

Dans un exposé historique très clair, l'auteur montre d'abord que l'idée d'une altération du sang chez les cancéreux est d'origine relativement récente puisqu'on n'en trouve de traces qu'à partir du mémoire de Velpeau sur *Les altérations du sang dans les maladies*, paru en 1824.

Puis il passe en revue et décrit les diverses phases que le sujet a traversées pour aboutir à la direction moderne des recherches hématologiques.

Celles-ci portent aujourd'hui non plus sur la présence constatée dans le milieu intérieur des éléments anatomiques du cancer, mais sur la modification que la diathèse

(1) *De la leucocytose dans les cancers*, thèse inaugurale, Paris 1887.

cancéreuse à ses diverses périodes imprime aux éléments nobles du sang et particulièrement aux globules blancs.

Découvrir par l'étude hématologique d'un individu soupçonné de cancer une caractéristique et de la présence d'un cancer sur lequel le doute subsiste et de la nature de ce cancer, trouver un témoignage précoce de la généralisation de la maladie aux organes profonds, alors que cette généralisation n'est encore que présumable, tel est le but de la nouvelle méthode.

A-t-il été atteint? L'auteur reconnaît que la réalisation d'un semblable désidératum comporte un ensemble de recherches beaucoup plus longues et beaucoup plus étendues que celles auxquelles il a pu se livrer pour l'édification de sa thèse.

Mais, pour être partiel, le résultat obtenu n'en est pas moins des plus intéressants, comme on en pourra juger par ce qui suit.

A l'état normal, le nombre des globules blancs est en moyenne de 6,000 par millimètre cube, mais il est sujet à de grandes variations à l'état de santé même, suivant les individus et suivant les circonstances; ce dont on se rendra facilement compte si on songe à la différence qui sépare sous ce rapport le lymphatique, par exemple, du sanguin et surtout du bilieux.

Ces variations étant beaucoup plus étendues que pour les globules rouges, leur estimation rigoureuse est impossible; elle est des plus indécises, suivant le tempérament des sujets sur lesquels les auteurs qui se sont occupés de la question ont établi leurs recherches. Il faudra donc prendre pour critérium physiologique le chiffre moyen maximum ou presque maximum.

Le premier inconvénient de cette méthode, c'est que ce chiffre moyen sera souvent trop élevé pour un individu donné, et l'on risquera de méconnaître la leucocythémie là où elle ne sera que relative.

De là aussi la nécessité pour conclure à la leucocytose dans un cas pathologique de répéter les observations et de ne tenir compte que des modifications numériques très nettes et très accentuées et se faisant toujours dans le même sens.

En prenant pour limite physiologique le chiffre maximum de 9,000 globules blancs, l'auteur admet que l'on pourra considérer comme présentant de la leucocytose, le sang que contiendra un nombre de globules blancs de 10,000 et au-dessus par millimètre cube.

Dans cet ordre d'idées, l'auteur a fait porter ses études sur 14 cas de squirrhe du sein, dont 3 suivis d'opération, sur 3 cas de cancer encéphaloïde du même organe, dont un ulcéré et deux non ulcérés, sur les ostéo-sarcômes au nombre de 7, des lympho-sarcomes au nombre de 3, des cancers de l'estomac auxquels il faut adjoindre 2 cancers du foie, 1 encéphaloïde du testicule, 2 squirrhes du pancréas, 6 épithéliomas de l'utérus, 1 du rectum, 1 du larynx, 1 du scrotum, 1 de l'ombilic, 1 de la langue, 1 de la lèvre inférieure, 1 de la verge et 1 du pied.

Voici l'analyse des résultats obtenus :

Dans les *squirrhes du sein*, la moyenne des globules blancs observés dans les 14 cas examinés a été par millimètre cube de 11,464. Il y a donc eu augmentation notable des leucocytes.

Pour obtenir le chiffre moyen chez un sujet donné, le docteur Alexandre pratique plusieurs examens à différents intervalles et prend la moyenne de diverses numérations. La moyenne générale est tirée de ces moyennes individuelles.

Pour se mettre à l'abri d'une erreur possible résultant par exemple de la coexistence d'une inflammation pouvant par elle-même expliquer la leucocytose, le sang a été examiné au point de vue de la recherche de la fibrine. L'absence de celle-ci, jointe à l'observation des symptômes, permettait d'éliminer les deux causes de la leucocytose accidentelle : l'inflammation et la suppuration profonde.

Le chiffre moyen le moins élevé obtenu dans ces cas de squirrhes du sein a été de 7,370; dans un autre cas, la numération a atteint le chiffre prodigieux, comme moyenne individuelle, de 21,700. D'autre part, chez une malade, le nombre relevé n'a même pas atteint le minimum physiologique (2,300 dans ce cas); mais c'est là un chiffre absolument exceptionnel et la raison de cette anomalie reste encore à trouver.

L'auteur suppose que cette absence de leucocytose n'est qu'apparente parce qu'elle se rencontre chez un individu dont les globules blancs sont déjà à l'état de santé très peu nombreux. Chez un sujet qui, dans un état physiologique, ne devrait avoir que quelques centaines de globules blancs par millimètre cube, il peut y avoir leucocytose très accentuée alors même que la numération n'accuserait qu'un chiffre bien inférieur encore à la moyenne physiologique, 2 ou 3,000 globules blancs, par exemple, comme le sujet de l'observation n° 2 (3,100).

Malheureusement, pour apprécier la vérité de cette explication et pour que la méthode pût, dans ces cas spéciaux, développer tous ses avantages cliniques, il faudrait que l'on connût le chiffre normal moyen de chaque individu. Cette constatation ne se fait jamais et l'on ne peut l'espérer pour l'avenir que des progrès et de la diffusion des connaissances hématologiques.

L'augmentation des globules blancs dans les squirrhes du sein ne semble pas considérablement influencée par l'engorgement ganglionnaire.

Il nous faut ici faire une réserve qui s'applique d'une façon générale à toutes les observations analogues de leucocytose cancéreuse; elle est relative à l'état de la tumeur au moment de l'observation hématoscopique.

On sait, en effet, qu'il y a leucocytose dès qu'il y a ulcération étendue des téguments, la tumeur fût-elle de nature bénigne; par conséquent l'augmentation des globules blancs, à moins qu'elle ne soit notable, perd un peu de sa signification dans les cas de tumeurs ulcérées et n'a toute sa valeur que lorsque l'on ne peut soupçonner la résorption nécrobiotique et la suppuration d'introduire déjà dans le torrent circulatoire un nombre anormal de globules blancs. Aussi adresserons-nous à l'auteur de la thèse que nous analysons le reproche de n'avoir pas suffisamment spécifié ces circonstances, vu leur absence dans toutes les observations où la leucocytose est consignée. Nous reconnaissons cependant que cette mention figure dans plusieurs cas où la leucocytose est très nette.

Dans les *encéphaloïdes du sein*, l'augmentation des globules blancs est considérable; le chiffre moyen obtenu a été de 11,346 par millimètre cube, avec une moyenne individuelle minima de 10,075 et une moyenne maxima de 12,400.

Notons que, de ces 3 cas, 2 étaient arrivés à la période d'ulcération des téguments. L'ulcération était bourgeonnante et les ganglions très dégénérés. La numération donne les chiffres moyens de 10,075 pour le premier malade et de 11,504 pour le second. Dans le troisième cas, la maladie ne datait guère que d'un an environ, ne s'accompagnait pas encore d'ulcération de la peau, et cependant donnait déjà un chiffre de 12,400 globules blancs par millimètre cube.

L'auteur pense que cette leucocytose précoce témoigne d'une dégénérescence probable de la glande hépatique.

De toutes les variétés de néoplasme, ce sont les *ostéo-sarcomes* qui ont donné le plus grand nombre de globules blancs.

Dans les 7 cas examinés, le chiffre moyen des numérations globulaires est de 13,960, avec une moyenne individuelle minima de 10,950.

Dans un cas d'ostéo-sarcome du sacrum et de la colonne vertébrale, on a obtenu le chiffre de 52,700 leucocytes avec 6,634,000 globules rouges par millimètre cube; ces 6 millions passés d'hématies correspondant en richesse d'hémoglobine à seulement 4,155,000 globules normaux.

Ce chiffre énorme de 52,700 n'a pas été compris, comme étant absolument exceptionnel, dans l'évaluation du chiffre moyen des numérations. Celui-ci en eût été beaucoup trop surélevé.

Chez les malades atteints de *cancer de l'estomac,* on relève une anomalie dont l'explication demande des recherches ultérieures. Chez les uns on note la leucocytose et, chez d'autres, elle manque.

Ceux du premier groupe ont présenté une numération globulaire variant entre 3,492, moyenne minima d'une série d'examens, et 9,982, chiffre minimum; si la leucocytose existait, elle était donc très faible.

Dans le deuxième groupe des faits, la moyenne de 5 cas donne le chiffre de 17,668.

Dans une observation, on note le chiffre énorme de 64,480 (chiffre maximum) et de 17,800 (chiffre maximum); ce qui donne pour moyenne des deux examens de ce cas, 41,140. Spécifions, de plus, que ce malade n'a présenté à l'autopsie qu'un peu de péritonite chronique, complication qu'on est en droit de regarder comme incapable d'expliquer cette leucémie exagérée.

Un mouvement fébrile intense symptomatique d'une inflammation étendue, ou encore a généralisation du cancer aux viscères profonds, pourraient la causer, mais ces circonstances manquaient ici. On remarquera également la pauvreté réelle des globules rouges qui, presque normaux en nombre, ne représentent que les 35/100es seulement de eur valeur physiologique en hémoglobine.

Cette pauvreté des globules rouges en hémoglobine est constante dans tous les cas de cancer; elle a été notée avec le plus grand soin dans la thèse de M. le docteur Alexandre. La valeur réelle des globules rouges oscille entre les 35/100es et les 90/100es de la valeur normale en globules sains.

Tous ces points sont incontestablement du plus haut intérêt. Une étude plus minutieuse de la question est nécessaire pour en élucider la signification. C'est à l'avenir qu'il appartient de nous la faire connaître.

La leucocytose s'est également montrée très accentuée dans les trois cas de *lymphosarcome*. La moyenne des globules blancs s'est élevée à 14,140. Il en a été de même chez les malades atteints de cancer du foie.

Chez l'un d'eux, affecté de cancer mélanique du foie et ayant eu autrefois des fièvres intermittentes, M. le professeur Hayem ne put retrouver dans le sang les granulations pigmentaires noirâtres que Nepveu avait signalées dans le sang des individus en proie à cette variété de néoplasmes.

L'altération hématique était aussi très développée dans un cas de cancer encéphaloïde du testicule (12,223 globules blancs au premier examen et 12,529 au second), ainsi que dans deux squirrhes du pancréas, dont l'un avait envahi le duodénum sous forme d'épithélioma et dont l'autre avait laissé le foie intact.

Les *tumeurs épithéliomateuses* offrent une particularité intéressante que le docteur Nepveu avait déjà incomplètement signalée et que les présentes recherches confirment pleinement.

Ces tumeurs présentent, avec le carcinome, cette différence qu'elles ne s'accompagnent presque pas de leucocytose. Dans un seul cas d'épithélioma du col utérin, le chiffre des globules blancs a atteint 21,000, mais cet épithélioma datait de deux ans et s'accompagnait d'une phlegmatia alba dolens des membres supérieurs et des membres inférieurs. Cette leucocytose d'exception trouve là son explication probable.

Ce cas éliminé, on trouve pour moyenne de numération 7,843, avec un minimum de 4,575 et un maximum de 9,300.

L'épithéliome utérin ne retentit donc presque pas sur les éléments blancs du plasma sanguin. Il en a été de même pour les épithéliomas que l'auteur a observés sur les différentes régions du corps (rectum, larynx, langue, scrotum, ombilic, lèvres, verge).

Il en résulte que tout cas d'épithéliome qui présentera une augmentation du nombre des leucocytes doit paraître suspect, et, à l'appui de cette proposition, le docteur Alexandre rapporte le fait d'une malade affectée d'un épithélioma ulcéré du pied, chez laquelle la leucocytose fit soupçonner ou bien la coexistence d'une phlegmasie, ou bien la généralisation du mal à un viscère.

La première hypothèse ayant été écartée par la recherche hématologique de la fibrine, la seconde fut vérifiée à l'autopsie. La malade ayant inopinément succombé à l'opération, on trouva des noyaux cancéreux dans le muscle cardiaque, sur la muqueuse du duodénum, de l'estomac, du col utérin, et dans les reins atteints largement de carcinome encéphaloïde.

L'étude hématologique des cancéreux offre encore une particularité des plus intéressantes à constater, c'est l'influence que peut exercer l'ablation de la tumeur, quand celle-ci est opérable, sur la marche de la leucocytose. La disparition ou la diminution de celle-ci est, en effet, d'un pronostic favorable, sa persistance d'un mauvais augure,

car on peut la considérer comme le témoignage d'une localisation ou d'une généralisation du mal devenu inaccessible au chirurgien.

Dans six des cas observés par le docteur Alexandre où l'on put opérer, l'ablation de la tumeur a été suivie d'une diminution notable du nombre des globules blancs.

Il est clair que, dans certains cas où le diagnostic est hésitant, l'examen du sang pourra, grâce à ces nouvelles notions, fournir un renseignement précieux. Dans les tumeurs du sein, par exemple, dans le diagnostic des tumeurs du foie, la constatation de la leucocytose sera de nature à dissiper les doutes.

L'analyse à laquelle nous venons de nous livrer suffit à mettre en lumière l'intérêt qui s'attache à l'étude de la question de la leucocytose carcinomateuse et à faire apprécier toute la valeur du travail de M. le docteur Alexandre.

Pour approfondir le sujet, des recherches ultérieures sont encore nécessaires, mais nous devons féliciter notre distingué confrère de s'être engagé dans cette voie au bout de laquelle peut-être se cache une importante découverte. (*A suivre.*)

Traitement du ptérygion,

Par le docteur A. Dehenne.

Le *ptérygion* est cette membrane formée aux dépens de la conjonctive, affectant une disposition triangulaire, et dont le sommet envahit la cornée, avec tendance constante à couvrir le centre de la membrane transparente, correspondant à l'ouverture pupillaire.

Le ptérygion est le plus souvent interne; quelquefois il occupe l'angle externe. Très rarement il est supérieur ou inférieur.

Les cas où il siège en même temps en dedans et en dehors ne sont pas très rares. La disposition en croix de Malte l'est beaucoup plus. Je l'ai vue trois fois.

L'affection, le plus souvent, est monoculaire. Quelquefois pourtant les deux yeux sont atteints.

On ne sait rien de précis sur l'étiologie.

De nombreux procédés de traitement ont été proposés pour combattre cette affection, à tendance constamment envahissante, et récidivant si fréquemment que la plupart des auteurs considèrent la récidive comme étant la règle générale, et la guérison définitive l'exception.

La ligature, l'enclavement, l'excision, etc., sont décrits dans tous les livres classiques.

Pour ma part, j'avais jusqu'à ce jour donné la préférence à l'excision totale, à laquelle j'ajoutais depuis trois ans la cautérisation ignée de la surface d'implantation du ptérygion sur la cornée. Ce procédé m'avait donné de bons résultats. *Je l'ai considérablement simplifié.* L'opération gagne en rapidité d'exécution. Les points de sutures sont supprimés et toute crainte de rétraction cicatricielle consécutive est écartée On arrive à ce résultat en laissant de côté la portion conjonctivale du ptérygion, et en n'agissant que sur la *portion cornéenne, la seule qui, au point de vue de la vision, ait quelque importance.*

Voici, du reste, comment je procède :

Avec un couteau de Graefe très fin, je détache la *portion cornéenne* du ptérygion, du sommet à la base, en m'arrêtant au niveau du limbe cornéo-sclérotical. Le ptérygion est saisi avec des pinces droites à iridectomie. Il faut avoir soin de raser la surface de la cornée. Le lambeau ainsi détaché est tenu verticalement, et excisé à sa base d'un seul coup de ciseaux. On éponge rapidement avec du coton hydrophile aseptique, et la pointe fine du thermo-cautère est promenée sur toute la surface de la cornée où s'étalait le ptérygion. On peut ainsi appliquer quinze à vingt pointes de feu sur un tout petit espace. On termine par la cautérisation profonde de la surface conjonctivale, au point même où l'excision a été pratiquée.

Comme pansement : Collyre à l'atropine au 1/300 matin et soir. — Rondelles boriquées maintenues humides.

Dès le lendemain, les rondelles boriquées sont remplacées par des lunettes fumées forme coquille.

Le collyre à l'atropine est continué pendant sept à huit jours.

Le surlendemain de l'opération, la cautérisation au niveau du limbe cornéo-sclérotical peut être répétée. Le plus souvent, elle est inutile (1).

BIBLIOTHÈQUE

Des modifications cellulaires dans l'inflammation simple du péritoine, par le docteur H. Toupet. — Paris, Baudoin, 1887.

La thèse de notre excellent confrère est consacrée à l'étude des modifications cellulaires qui se produisent à la suite de l'injection expérimentale de nitrate d'argent dans la cavité du péritoine. La multiplication des cellules s'effectue surtout par voie de karyokinèse ou division indirecte, et M. Toupet, après avoir indiqué sa technique, entre dans les plus grands détails sur ce sujet qui commence seulement à être étudié en France.

Il conclut de ses recherches que les mêmes éléments ne se divisent pas nécessairement suivant le même mode de division, et qu'une même cellule selon les conditions de milieu et le degré d'irritation se multipliera par division directe, par fragmentation ou par division indirecte. Celle-ci est le mode que l'on observe dans les processus de réparation, de régénération des éléments, alors que l'apport des matériaux nutritifs permet aux cellules en multiplication d'accomplir une évolution régulière. P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'empoisonnement par la trinitrine (nitro-glycérine). (*The therapeutic Gazette*, juillet 1887.) — L'auteur, M. le docteur J. Noër, appelé auprès du malade, en donne la description suivante :

Le malade est soulevé sur sa couche par une accumulation d'oreillers.

Sa face est pâle, prostrée, déjetée; la peau est froide, couverte de sueurs.

La respiration est lente, difficile et profonde.

Le pouls est tendu, plutôt lent (50 à 65 par minute), irrégulier et intermittent. Pendant un court laps de temps, les pulsations du pouls paraissent régulièrement intermittentes, avec une pulsation supprimée sur trois; puis, pendant 20 à 50 battements, ceux-ci conservent une régularité parfaite, après quoi le cœur s'arrête subitement pendant une seconde ou deux pour repartir de nouveau avec son rhythme claudicant d'avant l'interruption.

La température prise dans la bouche est de 99 4/5 Farenh.

Les pupilles sont dilatées; les urines sont rares, très foncées, et rendues au prix de douleurs intenses et de ténesme vésical.

Ces urines sont neutres, de densité élevée (1,030); elles déposent des particules solides, principalement des urates et des phosphates. Le réactif d'Heller accuse la présence d'un dépôt abondant de pigment sanguin dans le tube à essai.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont particulièrement sourds. Un bruit retentissant, lointain, synchrone à la systole ventriculaire, masque presque entièrement le second bruit normal, tandis que la contraction ventriculaire semble notablement pro-

(1) Je ferai remarquer cette nouvelle application de la thermo-cautérisation au traitement chirurgical des affections oculaires. *Entropion, trichiasis, chalazion, ptérygion, granulations, tumeurs lacrymales, ulcères infectieux de la cornée, etc.*, toutes ces affections sont tributaires du thermo-cautère. La *canthoplastie* pratiquée avec cet instrument donne des résultats excellents; grâce au thermo-cautère, l'hémorrhagie, quelquefois fort ennuyeuse, est évitée dans cette opération, et les points de suture deviennent inutiles. Je reviendrai du reste sur ces différentes questions.

longée. La zone de matité du cœur est très étendue, et les bruits normaux dans la région aortique sont presque imperceptibles.

Le malade accuse une douleur aiguë, intense dans cette région précordiale, de la céphalalgie gravative avec sensation de constriction périfrontale et élancement en *coups de marteau* dans la région temporale.

La faiblesse et la prostration musculaires sont extrêmes.

Il y a trois jours environ que le malade est dans cet état.

L'examen et l'interrogatoire minutieux apprennent qu'un médecin européen de passage dans la ville a été consulté, et que, parmi les prescriptions de ce « *prince de la science* », on relève la suivante : Matin et soir, 10 gouttes de la solution alcoolique de nitro-glycérine.

Le malade a commencé par 3 gouttes matin et soir, sur l'avertissement du pharmacien, mais il a progressivement augmenté la dose, et depuis *quelques jours* seulement, époque de la maladie, est arrivé à la dose prescrite par le « grand médecin d'Europe » entre deux pérégrinations.

L'auteur critique avec raison cette double imprudence d'un médecin ordonnant à un malade qu'il ne doit plus revoir ni suivre une dose excessivement élevée d'un médicament aussi dangereux.

On peut en conclure que ce « grand médecin » fera bien de retourner à l'école d'où il sort apprendre la posologie des médicaments dont il se sert. — L. Dn.

FORMULAIRE

Pommade contre le pityriasis. — P. Vigier.

Turbith minéral	3	grammes.
Vaseline pure	60	—
Essence de bergamote, citron ou autre non oxygénée..	XX	gouttes.

Mêlez avec soin, et conservez dans un pot à couvercle de porcelaine. — Onctions le soir, sur le cuir chevelu atteint de pityriasis. — Le lendemain matin, lavage à l'eau de savon tiède. — N. G.

COURRIER

Par arrêtés ministériels, en date du 19 septembre 1887 :

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 25 octobre 1887.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 25 octobre 1887.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre, à quatre heures.

École de médecine de Tours. — M. Wolff, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 18 août 1887.

Faculté des sciences de Rennes. — M. Sirodot, professeur de zoologie, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 17 septembre 1887.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Association française pour l'avancement des sciences.

Seizième session a Toulouse du 22 au 29 septembre.

Séance du 24 septembre.

M. Ferry de la Bellade, d'Apt (Vaucluse), a envoyé la description d'un nouveau procédé de recherche médico-légale du sang, et M. Bergeon (de Lyon) un nouveau mémoire sur la méthode des lavements gazeux.

M. Bergeon remercie d'abord les confrères étrangers qui ont accepté et employé sa méthode, aux Etats-Unis, MM. Laughlin, Bruen, Taylor, Solis Cohen, etc.; en Allemagne, le professeur Frœntzel. Il rappelle ensuite les résultats obtenus dans ses expériences précédentes sur l'action physiologique et thérapeutique de ces lavements, et que de nouvelles expériences n'ont fait que confirmer. Les accidents qu'on a craints par cette méthode chez l'homme n'ont pas été justifiés, puisqu'on a fait absorber par des pigeons, sans les intoxiquer, la quantité de gaz médicamenteux employé en traitement chez l'homme; mais il faut pour cela qu'aucune cause ne s'oppose à l'élimination du gaz et n'amène son accumulation dans l'organisme. M. Bergeon se sert maintenant d'un appareil très simple et peu coûteux, construit d'après ses indications, par M. Vlasto; il insiste pour que les médecins qui auront recours à sa méthode suivent ses indications, soit pour l'appareil, soit pour le choix et le mode d'emploi des substances médicamenteuses, afin obtenir des résultats comparables dans le traitement de l'asthme, de la coqueluche et de la phthisie pulmonaire.

MM. Arnozan et Féré (de Bordeaux) ont expérimenté chez les lapins les injections rectales d'hydrogène sulfuré pur; ils ont remarqué à l'autopsie de ces animaux que la fonction glycogénique du foie était complètement arrêtée, et en ont conclu qu'il faudrait à ce point de vue garder une certaine réserve au sujet des applications thérapeutiques des injections rectales gazeuses chez l'homme.

Nous ferons remarquer que M. Bergeon emploie un mélange d'hydrogène sulfuré et d'acide carbonique, et non l'acide sulfhydrique pur et que, par conséquent, le résultat des expériences de MM. Arnozan et Féré ne peut s'appliquer à la méthode de M. Bergeon.

M. le docteur André (de Toulouse) présente deux observations d'anévrysmes de l'aorte qui viennent à l'appui de ceux qui se sont prononcés en faveur de la méthode iodurée dans le traitement de cette affection. Il a vu deux cas d'anévrysmes de l'aorte fortement améliorés par l'iodure de sodium. Le premier cas concerne un anévrysme du tronc cœliaque, où la guérison a été rapide; le second, un homme atteint d'une véritable diathèse anévrysmale. Ce dernier avait eu d'abord un anévrysme du creux poplité traité avec succès par le docteur Fort (de Paris); plus tard, il présenta un double anévrysme de la crosse et de l'aorte abdominale. L'amélioration est telle qu'elle équivaut à une guérison.

M. le docteur Arnaud (de la Jasse) continue la lecture de ses études sur la mort. Dans un premier mémoire, il démontre qu'il n'existe pas encore de signes certains de la mort, ou tout au moins que ces signes sont tardifs. L'auteur divise ces signes en directs et indirects, suivant qu'ils sont observés dans le cœur et dans le respirateur, ou bien en dehors de ces deux appareils; les uns et les autres sont incertains dans l'état actuel de la science; les plus certains sont les plus tardifs.

Dans le second mémoire, l'auteur essaye de démontrer expérimentalement que chez les animaux supérieurs la période de mort apparente, c'est-à-dire l'état pendant lequel le cœur et la respiration ont cessé d'agir, ne peut pas se prolonger jusqu'à vingt-cinq

minutes sans être suivi de mort. Par les injections de sang oxygéné et défibriné, soit dans le cœur, soit dans le respirateur, soit dans ces deux appareils réunis, il a pu obtenir le retour des mouvements des appareils essentiels au bout de quinze minutes d'arrêt, mais jamais après vingt-cinq minutes. Il résulte de là que, entre quinze et vingt-cinq minutes, se trouve la limite extrême de durée de la mort apparente chez les animaux supérieurs. Il serait également possible de déterminer cette limite extrême chez l'homme en expérimentant sur des suppliciés; on aurait alors le moyen certain d'arriver à bref délai, chez l'homme, au diagnostic de la mort.

M. le docteur Moure (de Bordeaux) a démontré que les troubles de la voix dans la laryngite aiguë sont plutôt la conséquence d'un trouble musculaire que de lésions matérielles de la muqueuse; le gonflement, la rougeur, l'état catarrhal en un mot, produisent l'enrouement simple, uniforme, mais n'expliquent pas les variations brusques du timbre de la voix dans le cours de cette affection. Les muscles le plus souvent atteints sont les thyro-aryténoïdiens et ary-aryténoïdiens; c'est surtout la parésie et la paralysie de l'aryténoïdien transverse qui expliquent la raucité de la voix et de la toux, et l'aphonie que l'on observe dans le cours de cette affection.

M. Gillet de Grandmont fait une communication sur deux formes nouvelles de kératite.

La kératite en *sillons étoilés* est constituée par des ulcérations sous-épithéliales plus ou moins nombreuses, extrêmement petites, qui se présentent au début sous l'aspect de petites étoiles à quatre ou cinq branches; mais cette forme est si transitoire qu'elle a échappé jusqu'alors à l'observation; en effet, les branches d'étoiles se développent peu à peu en produisant des sillons rectilignes qui vont au devant des uns des autres et donnent lieu à des sortes d'ulcérations racémeuses (Hansen Grut, Emmert). Tantôt ces ulcérations guérissent rapidement; d'autres fois, elles amènent un sphacèle plus ou moins étendu; dans ce cas, la guérison est très lente. Le traitement relève des antiseptiques.

La *kératite trabéculaire* est le résultat de l'infiltration des tubes cornéens par les cellules lymphatiques. Les tubes apparaissent alors sous l'aspect de petites aiguilles d'où le nom de trabéculaire. Cette kératite apparaît chaque fois que survient dans l'œil une gêne de la circulation lymphatique. Le traitement consistera donc à favoriser la circulation en retour, soit par une péritomie, soit par une évacuation de l'humeur aqueuse. Cette kératite est tantôt primitive, tantôt secondaire; on la retrouve à la suite de toutes les kératotomies; dans ce cas, les trabécules sont parallèles entre elles et perpendiculaires à la courbe du lambeau. La cicatrisation de la plaie suffit à amener la disparition des trabécules.

M. le docteur Stœber (de Nancy) fait une communication sur le pouvoir convergent binoculaire et l'angle métrique.

La vision binoculaire ne peut exister que lorsqu'il y a réunion en une seule perception des images rétiniennes; il y a, pour cela, nécessité que les deux lignes de visée soient parallèles (en cas d'emmétropie et d'absence d'accommodation), et, par conséquent, la distance des centres des pupilles maximum. Quand l'objet se rapproche de l'infini vers l'observateur, il est nécessaire que chaque œil possède l'adaptation optique à la distance de l'objet, ce qui est indispensable pour la netteté de l'image, mais il faut encore que les deux lignes de visée soient dirigées sur l'objet fixé pour la fusion en une seule sensation des images propres à chacun des yeux. Cette direction des lignes du regard, qui varie avec la distance qui sépare l'œil de l'objet, s'appelle la convergence, et le rapport des deux positions extrêmes, c'est-à-dire depuis l'infini jusqu'au point le plus rapproché de la vision binoculaire distincte, sera le pouvoir de convergence. Toute ligne du regard qui est dirigée sur un point rapproché fait avec la ligne de l'infini un angle de convergence ou angle métrique. La mesure de cet angle se fait avec l'ophthalmodynamomètre de Landolt. Tous les yeux emmétropes, myopes ou hypermétropes, placés chacun dans des conditions normales de vision et dirigeant leur rayon visuel à une distance de un mètre, ont un angle métrique égal à un; mais il

faut mesurer la distance qui sépare les deux centres de rotation des yeux ou ligne de base. Le pouvoir convergent marche avec l'amplitude d'accommodation, sauf pour les limites extrêmes; il sera plus grand chez un myope que chez un emmétrope, mais il sera plus faible chez l'hypermétrope que dans un œil normal.

Les expériences si curieuses de M. le docteur Burot (de Rochefort) sur l'hypnotisme et les états voisins viennent de trouver un nouveau sujet d'études. Depuis un mois, M. Burot observe un cas véritablement typique d'une affection encore mal connue, que M. Gilles de la Tourette appelle affection nerveuse, caractérisée par de l'incoordination motrice avec écholalie et coprolalie. Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, très intelligente, d'une famille occupant une position sociale très élevée; elle est atteinte de secousses convulsives dans la face et dans les membres supérieurs, et ces secousses sont accompagnées de l'émission brusque de cris inarticulés et de mots obcènes et orduriers; les gestes et les bruits sont imités; la malade est très impressionnable et tressaute au moindre bruit; elle a beaucoup de caprices et surtout de manies; tout se fait par habitude; non seulement elle fait et elle dit ce qu'elle ne veut pas, mais elle ne fait pas toujours ce qu'elle veut : elle voit un chat qu'elle voudrait caresser; elle l'appelle, mais, dès qu'il s'approche, elle ne peut s'empêcher de le repousser. Ainsi le trouble de la volonté est des plus marqués. Tous ces phénomènes se produisent sous forme d'impulsions irrésistibles; ce n'est pas de l'incoordination, car les mouvements voulus sont très précis; c'est plutôt une véritable impulsion.

Dans cette maladie, que M. Burot appelle maladie des tics convulsifs, le système nerveux réflexe est excité outre mesure, et le système nerveux volontaire est affaibli, le frein modérateur de la volonté n'existe plus; les réflexes sont augmentés, et il peut se produire à l'état ordinaire comme une suggestion pathologique de tout ce qui est vu ou entendu.

L'hérédité et l'imitation paraissent être les deux principales causes de l'affection chez cette jeune fille.

M. Burot pense qu'on a porté un jugement trop sévère sur cette maladie. L'hydrothérapie et l'isolement ont paru, dans certains cas, donner une amélioration. L'hypnotisme a paru à l'auteur le moyen le plus sûr pour amoindrir l'excitation réflexe et renforcer la volonté, mais il a été impossible de plonger cette jeune fille même dans le sommeil le plus léger. Le résultat que l'on désirait obtenir à la faveur du sommeil, on l'a cherché par la persuasion. Tous les jours, M. Burot passait avec la malade le plus de temps possible, en lui persuadant qu'elle serait calme et qu'elle aurait la volonté d'arrêter ses mouvements et ses paroles. Cette persuasion douce et continue pouvait agir de deux manières, en calmant les reflexes exaltés et en renforçant les centres volontaires, mais elle s'adressait surtout à l'habitude vicieuse prise par le système nerveux. Cette jeune fille est aujourd'hui très améliorée, et il est permis d'espérer un résultat complet. Cette observation semble démontrer que la maladie des tics convulsifs est une maladie que l'on peut espérer guérir par la force de la volonté.

M. Duplouy rapproche de ce fait le cas non moins intéressant d'un officier de marine des plus distingués qu'il a pu suivre pendant quatre années, alors qu'il était aspirant de marine. Cet officier avait, même avant son entrée à l'Ecole navale, un tic convulsif caractérisé par la projection brusque et involontaire du membre supérieur, avec convulsion des muscles du pharynx et cri guttural tout à fait semblable à l'aboiement. Ces phénomènes se produisaient surtout quand l'officier approchait un de ses supérieurs, qui souvent recevait un soufflet, en même temps que les mots inconvenants s'échappaient de la bouche de son subordonné. L'hydrothérapie avait complètement échoué contre ce tic convulsif; toujours très énergique, ce malade n'a pu en triompher qu'à la longue. Sans vouloir décourager M. Burot dans la voie du traitement par suggestion qu'il poursuit avec une persévérance digne d'éloges, et déjà récompensée par une amélioration notable, M. Duplouy estime que la guérison de l'officier dont il vient de parler est surtout due aux progrès de l'âge. Très prononcée dans l'adolescence, la maladie, qu'il rattachait volontiers alors à l'une de ces manifestations si bizarres de l'hystérie par-

fois observée chez l'homme, s'est amendée à mesure que le sujet se rapprochait de la période moyenne de la vie; elle a pris à peu près fin dès qu'il l'eut dépassée.

M. le docteur Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, dans une communication sur l'inspiration saccadée rythmique au cœur (ou synchrone aux contractions cardiaques), fait d'abord l'historique de la question, très court et très pauvre en documents cliniques; il peut être divisé en trois périodes. Dans la première, après Raciborski, on étudie le respiration saccadée comme symptôme respiratoire; dans la deuxième, Potain et son école étudient en bloc les bruits extra-cardiaques; dans la troisième, Potain sépare, en 1877, le symptôme des autres bruits extra-cardiaques et en annonce l'étude dans un mémoire resté inachevé.

Le symptôme est constitué par trois saccades à l'inspiration (s'entendant le plus souvent le long du bord gauche du sternum, au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux) et chez plusieurs malades, en plus, par deux souffles systoliques légers à la fin de l'expiration.

Sept des douze malades observés étaient tuberculeux; mais, par l'analyse de ces observations, on voit que le symptôme est, dans la tuberculose, surtout un signe d'imminence ou de voisinage, plutôt qu'un signe d'altération tuberculeuse confirmée. Le symptôme disparaît même quand la lésion envahit le poumon gauche. Les cinq autres malades n'étaient pas tuberculeux; ils étaient tous anémiques et faibles de l'appareil respiratoire.

Chez aucun, il n'y avait de signe de lésion cardiaque.

L'inspiration saccadée rythmique au cœur n'est donc pas nécessairement un signe de tuberculose même commençante, ni un signe de cardiopathie même au début. C'est un signe de prédisposition plutôt pulmonaire que cardiaque. C'est un signe de faiblesse respiratoire.

M. Gross (de Nancy) établit un parallèle entre l'incision antiseptique de la tunique vaginale et l'injection iodée dans le traitement de l'hydrocèle, et pose les indications de ces deux opérations. L'incision antiseptique est indiquée dans l'hydrocèle congénitale; dans l'hydrocèle simple, lorsque la séreuse vaginale n'est qu'amincie par la distension et est exempte de toute lésion apparente, il faut pratiquer la ponction avec injection irritante. Lorsque cette membrane a perdu sa souplesse, son élasticité, et a changé de consistance, il faut avoir recours à l'incision antiseptique. Il en est de même dans les vaginalites et les pachy-vaginalites chroniques, où les parois de la vaginale sont indurées et épaissies. L'incision antiseptique est encore indiquée quand l'hydrocèle est volumineuse ou multiloculaire, lorsqu'elle a récidivé ou résisté aux autres modes de traitement; lorsqu'elle est symptomatique, auxquels cas elle offre tous les avantages d'une incision exploratrice et peut constituer le premier temps de la castration.

M. Thiriar partage la manière de voir de M. Gross; pour les injections compliquées, il préfère l'incision antiseptique; pour les injections simples, la cautérisation de la poche au nitrate d'argent. L'injection iodée lui a valu la gangrène des bourses; jamais il n'a observé que ce seul cas d'accident.

M. Jeannel a vu cette complication survenir une seule fois, chez un diabétique.

M. Duplouy ne l'a jamais observée.

M. L.-H. Petit pense que la rareté de cette complication, indépendamment des cas où elle est due à l'infiltration du tissu cellulaire des bourses par la teinture d'iode, implique l'existence d'une cause particulière capable d'aggraver les suites locales de l'injection. Dans un cas personnel, le sphacèle est survenu sans qu'on puisse l'attribuer à l'injection elle-même; mais il existait en même temps un varicocèle très ancien et une syphilis datant d'une trentaine d'années; le sphacèle survint au troisième jour, détruisit la moitié du scrotum et mit à nu le testicule; puis la plaie prit l'aspect typique de la gomme; on administra alors l'iodure de potassium et on fit des pansements avec la solution de bichlorure de mercure. Au bout de quelques jours, la plaie était détergée, rosée, et la guérison eut lieu non seulement pour le sphacèle gommeux, mais encore pour le varicocèle.

Cette complication en pareil cas est un argument en faveur de l'incision antiseptique,

car celle-ci aurait pu servir au diagnostic du varicocèle, et, d'autre part, aurait probablement prévenu les accidents inflammatoires consécutifs et le sphacèle, si on avait pris soin toutefois d'employer le pansement antiseptique ouvert dès leur apparition.

M. Régis, à propos d'un cas de maladie de Dupuytren survenue au cours d'une paralysie générale progressive, pense que la maladie Dupuytren (rétraction de l'aponévrose palmaire) est bien réellement, comme on tend à le croire, la manifestation d'un état général qui serait presque toujours l'arthritisme et non une affection locale d'origine traumatique. De plus, les manifestations de la goutte et celles de la paralysie générale peuvent coexister et se confondre chez un même sujet, au point qu'on est forcé de conclure à la réalité d'une parenté morbide, déjà admise dans une certaine mesure, mais que de nouveaux faits ne manqueront pas certainement de confirmer et d'élucider de plus en plus.

MM. Jeannel et Serres ont vu des cas analogues chez les diabétiques, ce qui confirme l'opinion de M. Régis, le diabète n'étant lui-même le plus souvent qu'une dépendance de l'arthritisme.

M. Mossé fait une intéressante communication sur le traitement du choléra à la période algide par les applications du froid et des frictions avec la glace en particulier. Il a obtenu plusieurs succès par ce moyen employé concurremment avec le rhum glacé à l'intérieur, les injections sous-cutanées d'éther.

M. Cunéo (de Toulon) a employé aussi le froid avec succès dans une première épidémie; mais, dans une seconde, où les cas étaient plus graves, les résultats ont été moins bons. Il a vu la transfusion du sang, employée lorsque le malade était presque mourant, amener une véritable résurrection, mais passagère malheureusement. La direction générale du traitement doit être de donner des soins continus, de ne pas abandonner le malade, d'avoir recours successivement aux divers moyens reconnus efficaces, sans interruption, jusqu'à ce que la partie soit définitivement gagnée ou perdue.

M. le docteur Serres (d'Auch), ancien interne de M. Ernest Besnier en 1866, rappelle les succès obtenus par son maître à cette époque par l'application du froid dans le choléra.

M. Henri Henrot (de Reims) communique un certain nombre de cas dans lesquels on avait porté le diagnostic de cancer de l'estomac à cause de l'existence des signes physiques de cette affection, en particulier l'existence d'une tumeur, et dans lesquels la tumeur finit par disparaître, permettant une survie de plusieurs années. Ces cas sont intéressants, surtout parce que, malgré la gravité du pronostic porté, les malades ont pu revenir à la santé comme après la guérison de l'ulcère simple de l'estomac.

M. Cunéo a vu des cas d'ulcère simple très étendu, suivis d'une tumeur par rétraction cicatricielle des parois. Peut-être en était-il de même dans les cas de M. Henrot?

M. Thiriar rappelle à ce propos le moyen qu'il a indiqué au Congrès français de chirurgie de distinguer les tumeurs bénignes de l'abdomen des tumeurs malignes, et qui est applicable aux tumeurs de l'estomac. On sait qu'il consiste à rechercher la quantité d'urée rendue dans les vingt-quatre heures. Si elle est inférieure à 12 grammes, on a affaire à une tumeur maligne.

M. Serres rappelle l'attention sur un signe peu connu du cancer de l'estomac, l'engorgement ganglionnaire cervical.

MM. Mossé et Bernheim demandent s'il ne faudrait pas attribuer la diminution de la quantité d'urée à la diminution de la nutrition causée soit par l'existence de la lésion cancéreuse, soit par le retentissement de cette lésion sur le foie.

M. le docteur Duplouy soulève la question de la contagion du cancer à propos d'un cas de sa pratique; il soignait une femme de cancer de l'utérus, et sept ou huit mois après, il dut opérer le mari d'un cancer de la verge qui récidiva rapidement *in situ* et dans les ganglions.

M. le docteur D'Ardennes expose les bons résultats qu'il a tirés de l'emploi de l'extrait de coca, dans le traitement des affections douloureuses de l'estomac, à la dose de

10 grammes dans les vingt-quatre heures; si la gastralgie est indépendante de toute lésion anatomique, la sédation est rapide et complète; elle est, au contraire, incomplète et fugace si la muqueuse de l'organe se trouve matériellement altérée.

M. le docteur Cunéo a aussi employé le chlorhydrate de cocaïne, à la dose de 30 à 50 centigrammes, dans les affections douloureuses de l'estomac, dans les vomissements incoercibles de la grossesse ou autres, et en a retiré des résultats merveilleux.

M. Bezy rapporte l'histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue dans un village voisin de Toulouse, et dont le point de départ a été un fossé servant de décharge à une usine et traversant le village, car on y a trouvé le microbe caractéristique. Il faudrait donc forcer les propriétaires à désinfecter les vinasses avant leur sortie de l'usine et les fossés avant de les curer. L.-H. Petit.

De la leucocytose dans les cancers et de la nature du cancer (1).

II

Plus que jamais l'urgence s'impose de faire enfin quelque chose pour élucider la nature du cancer. L'observation semble prouver que la maladie est plus répandue aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois, et certains auteurs, tels que l'honorable professeur Van den Corput (de Bruxelles), attribuent cette extension du mal à l'augmentation du bien-être, et très particulièrement à l'usage abusif de l'alimentation animale beaucoup plus commune aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois.

A l'appui de sa théorie, M. Van den Corput a rassemblé un certain nombre d'arguments dans un travail intéressant paru en 1882 ou 1883 (2). Quelques réserves qu'on puisse faire à cet égard, et quelque sujette à caution que soit la science d'autrefois, il n'en appert pas moins que, malgré les progrès de la diagnose moderne ou, si l'on veut, en raison de ces progrès, la fréquence des affections cancéreuses est extrême.

L'impuissance relative de notre thérapeutique ne la rend que plus sensible.

Le peu de ressources dont nous disposons contre la maladie est le fruit des quelques notions bien limitées et bien obscures encore que nous possédons sur l'anatomie pathologique de la maladie et la life-history des éléments du cancer.

Cette life-history va-t-elle entrer dans une phase nouvelle avec la thèse de M. le docteur Alexandre, ou bien est-il réservé à la théorie parasitaire d'élucider la pathogénie du cancer?

Avec l'avènement de la bactériologie, il était naturel de penser que peut-être la question du cancer était du ressort de la science nouvelle, et qu'à l'aide des notions acquises, on pourrait obtenir quelques éclaircissements propres à conduire vers la solution du problème.

Les recherches de MM. Shattock et Ballance entreprises dans cet ordre d'idées n'ont pas, il est vrai, donné jusqu'ici de résultats satisfaisants. Ces expérimentateurs ont, avec des fragments de carcinome du sein placés immédiatement après l'opération dans des tubes stérilisés, cherché à ensemencer du sérum solidifié, de l'agar-agar, et de la gélatine peptonisée.

Ces tentatives faites selon toutes les règles de l'art n'ont donné que des résultats négatifs. Il en a été de même pour des cultures faites sur des tissus normaux stérilisés à une température de 38°4, tels que des fragments de testicule, de glandes sous-maxillaires, de reins, de muscles et de foie.

Malgré ces échecs, les auteurs persistent à croire à la nature parasitaire du cancer; seulement, ils pensent que le micro-organisme est d'une nature spéciale entièrement différente de celle des ferments figurés que nous connaissons. Les milieux de culture dont nous nous servons, et qui conviennent à ceux-ci, seraient impropres à ceux-là. Ils supposent que ce parasite appartient à la classe des protozoaires, et qu'alors la physio-

---

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

(1) *Recherches sur la nature du cancer* (Bruxelles).

logie des représentants de cette classe fournirait un champ d'études intéressant pour arriver à l'interprétation de la nature et de la physiologie du cancer.

La sporulation des protozoaires et leur rajeunissement par fusion, ajoutent ces auteurs, pourraient fournir quelques indices propres à élucider le mécanisme de l'extension des épithéliomas et de l'infection de l'organisme.

Les analogies qui existent entre le cancer et la tuberculose seraient encore, selon eux, de nature à faire soupçonner, *à priori*, l'étroite parenté des deux maladies.

A l'objection principale à la théorie parasitaire, la reproduction d'un épithélioma à cellules cylindriques du rectum dans les noyaux secondaires du foie, MM. Shattock et Ballance répondent que, dans le processus normal du développement embryonnaire, c'est l'épithélium qui détermine le caractère anatomique des formations glandulaires, la disposition des vaisseaux et du tissu conjonctif étant une adaptation secondaire. De même, une cellule transportée d'un organe dans un autre tissu, grâce à ses tendances héréditaires, donnera naissance à un tissu d'une structure analogue à celui dont elle a fait partie; l'organe récepteur ne fournira au produit nouveau que ses vaisseaux et son tissu de soutènement.

Pour M. Daniel Mollière, il est à peu près certain que l'épithélioma des lèvres est une affection parasitaire, la marche de la maladie le démontrerait, l'influence de l'irritation qui crée un lieu d'inoculation en serait aussi une preuve. Le fait que le cancroïde se rencontrerait presque exclusivement chez les gens de la campagne serait aussi une présomption en faveur de cette interprétation.

A l'appui de cette proposition étiologique, M. Daniel Mollière consulte sa propre statistique, qui semble fort convaincante, en effet.

Dans le courant de l'année 1886, sur 34 malades atteints de cancroïde des lèvres et observés par le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, *un seul* habitait la ville. Les 26 malades qui ont été opérés pendant le cours de l'année 1885 étaient tous de la campagne.

A l'hôpital de la Croix-Rousse, qui est spécialement affecté aux habitants du quatrième arrondissement et qui ne reçoit pas de malades de la banlieue, les chirurgiens n'ont jamais à enlever de cancroïde de la lèvre. M. Mollière n'a fait chez les Lyonnais qu'une seule opération pour un épithélioma de la lèvre, et c'était chez un malade vivant en gentilhomme campagnard.

Voilà certainement un ensemble de faits très digne de considération, et nous attendrons avec impatience communication des résultats donnés par les tentatives de cultures entreprises à l'aide des liquides des kystes ou bubons résultant de la dégénérescence des ganglions cancroïdaux.

Nul doute que la bactériologie n'ouvre à l'exploration scientifique une voie qu'on est en droit d'espérer féconde en révélations précieuses et en conséquences pratiques; mais en attendant que la lumière nous vienne de ce côté, la conception actuelle et toute moderne de la nature du cancer reste entièrement debout.

Jusqu'à preuve contraire, le cancer apparaît aux yeux des théoriciens comme le résultat de la réversion d'un groupe d'éléments anatomiques normaux vers un type inférieur.

Se séparant nettement de la fédération harmonieuse où vivent tous les tissus organiques de notre économie, ces éléments aberrants, doués de la vitalité spéciale aux formes primitives, végètent pour leur propre compte, en détournant au profit de leur individualité les forces déviées de l'organisme envahi.

Greffés en parasites sur l'entité vivante qui leur a donné naissance et leur sert dès lors de terrain de culture, ils en absorbent les énergies, en troublent les fonctions par l'introduction de polarisations anormales dans les réactions électriques intimes établies entre les molécules qui composent tous les éléments histologiques de notre corps, — réactions dont l'ensemble constitue le processus même de la vie; ce que nous appelons fonction physiologique n'étant, comme on commence à le soupçonner, qu'un mode de l'*énergie*, ou, si l'on veut, la manifestation extérieure saisissable de ce complexus de réactions électriques interélémentaires; et l'état de santé, le témoignage de la concordance parfaite de ce complexus avec les besoins de l'être vivant considéré comme entité physiologique.

Introduits au sein des tissus normaux, les éléments cancéreux exercent sur les éléments circumvoisins leur influence catalytique propre, leur imposent leur manière d'être, en modifient la structure, un peu comme la mousse de platine dans le règne inorganique modifie la composition des molécules du mélange gazeux au sein duquel on l'introduit, et, de proche en proche, inféodent pour ainsi dire à leur agrégation dissidente les éléments anatomiques qu'ils soustraient à l'organisme normal.

C'est par cette influence qu'on peut expliquer le résultat des expériences de Léopold et de Eve n'obtenant de la transplantation des fragments d'épithéliomas lingual dans la chambre antérieure de l'œil du lapin qu'une vive suppuration de l'organe, alors que cette chambre antérieure se montre, comme on sait, admirablement tolérante pour le contact des tissus physiologiques.

Comme on le voit, les deux conceptions du cancer sont bien près de se fondre, la théorie parasitaire n'y introduit que l'idée d'un bacille spécial.

En supposant que les protozoaires pourraient bien faire fonction de ferments figurés en ce qui concerne les épithéliomas, MM. Shattoch et Ballance nous paraissent avoir trouvé le point de conciliation ou plutôt de fusion des deux théories.

Rien, du reste, dans les faits acquis à la science, ne paraît inconciliable avec ces présomptions.

Plus le mouvement de la vie a été antérieurement intense dans un organisme, ou plus imparfaite semble avoir été l'application des lois qui président aux échanges réguliers des matériaux d'élaboration et de nutrition des éléments organiques, comme cela paraît être le cas chez les arthritiques et les herpétiques, et plus l'apparition du trouble trophique qui est à l'origine du cancer semble à craindre.

Dans son excellente monographie, *The antecedents of Cancer*, Moore dit positivement que la maladie s'attaque de préférence aux sujets dont la santé était la plus robuste(1).

Purcell, chirurgien de l'Hôpital des cancéreux de Londres (2), dit avoir observé plusieurs fois que certains cancers, ceux de l'utérus par exemple, restaient stationnaires ou semblaient subir un temps d'arrêt dans leur évolution à la suite d'une hémorrhagie quelque peu abondante. En affaiblissant la plante, l'hémorrhagie spoliait-elle la greffe de ses sucs nourriciers? En était-il ainsi dans ces cas relatés par un auteur belge, M. Janssen croyons-nous, où, sous l'influence d'émissions sanguines locales répétées et autres applications, on aurait vu des tumeurs cancéreuses du sein ou diagnostiquées telles par plusieurs autorités recommandables disparaître et guérir? (3)

Peut-être M. Alfred Heurtaux fait-il allusion à ces cas ou à ceux de Velpeau quand, dans son article du Dictionnaire Jaccoud, il écrit que « les émissions sanguines, locales surtout, employées seules ou concurremment avec un régime sévère, parviennent quelquefois au début de la médication à diminuer un peu le volume de la tumeur probablement en décongestionnant les tissus voisins. »

Deux ou trois exemples de tumeurs probablement cancéreuses qui ont graduellement disparu par résolution sembleraient démontrer que la maladie n'est pas absolument incurable. Purcell dit avoir constaté aussi quelques cas non douteux de guérison spontanée des tumeurs cancéreuses.

D'autre part, on ne peut admettre sans réserves ce procédé de raisonnement absolument antiphilosophique, qui subordonne la nature d'une maladie à la fatalité de son évolution; raisonnement spécieux auquel la théorie des faux cancers doit son avènement.

Il y a peut être moins, avec une symptomatologie parfaitement identique, des cancers vrais et des cancers faux que des cancers qui guérissent et des cancers qui tuent;

(1) Moore : *Miscellaneous of Middlesex Hospital London*, 1864.

(2) Purcell : *Cancer and its treatment*, London, 1880.

(3) Cette lecture n'a laissé dans notre esprit qu'un souvenir confus du nom de l'auteur. Le lecteur, ainsi que l'auteur cité, voudront bien nous pardonner ce lapsus de mémoire dans un article impromptu d'étude bibliographique. Ceux que la question intéresse pourront trouver ces observations dans la collection du *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles*, vers 1875.

tout comme il y a, on commence à s'en apercevoir, des tabes et des cirrhoses qui guérissent et d'autres qui tuent, de même qu'il y a des tumeurs mixtes qui guérissent et ne repullulent jamais et des tumeurs mixtes qui récidivent après ablation.

Nous entendrons avec le plus grand intérêt, à ce point de vue de la curabilité spontanée possible du cancer, la communication de M. le docteur Henri Henrot (de Reims), intitulée : *De la disparition des tumeurs de l'estomac*, inscrite à l'ordre du jour du futur Congrès de Toulouse.

Toutes ces particularités, qui ne sont encore que des présomptions et demandent à être plus solidement établies par des observations ultérieures, ne sont pas inconciliables avec la conception du cancer comme maladie microbienne.

Certaines autres mêmes s'éclairent à sa lumière. Tel, par exemple, l'antagonisme constaté entre certains états cachectiques et le cancer. Sir Paget a vu celui-ci diminuer pendant le développement rapide de la tuberculose et *vice versa*.

MM. Shattock et Ballance expliquent cet antagonisme par une sorte d'interférence possible que les micro-organismes des deux maladies exerceraient les uns sur les autres.

Cette théorie pourrait aussi expliquer les différences radicales qu'offrent les divers cancers dans la rapidité de leur évolution, suivant leur nature et suivant les sujets, cette marche étant surtout subordonnée à l'évolution des éléments cancéreux qui se rapprochent le plus par leur constitution des types embryonnaires primitifs (protozoaires) ; l'infection et la cachexie marchant d'autant plus vite que ceux-ci rencontrent moins d'obstacles anatomiques à leur pullulation.

Pour revenir au travail du docteur Alexandre, dont l'analyse a servi de point de départ à cet article, n'est-on pas en droit d'espérer que la poursuite des recherches auxquelles M. le docteur Alexandre et son éminent maître, M. le professeur Hayem, ont déjà préludé, réussira à préciser les rapports, rapports étroits sans doute, qui relient la pullulation de leucocytes, ces protozoaires par excellence, à l'apparition et aux phases d'évolution de la maladie cancéreuse?

La question a fait un pas en avant. Elle n'en restera pas là, nous aimons à le croire. Elle trouvera pour la reprendre en sous-œuvre et la féconder quelque laborieux investigateur qui, pour prix de ses travaux, aura la gloire d'élucider le problème le plus obscur et certainement le plus intéressant de la pathologie. — Lucien Deniau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 septembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le docteur Seiler revendiquant la priorité dans le traitement de la phthisie pulmonaire par les vapeurs d'acide fluorhydrique. Ce traitement, sur lequel M. Garcin a présenté une note dans la dernière séance, a été depuis longtemps expérimenté par M. Seiler, qui a même fait une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine (séance du 21 juillet 1885) et à l'Association française pour l'avancement des sciences (séance du 14 août 1886, Congrès de Nancy).

M. le Président fait connaître la composition de la commission nommée pour l'examen du travail de M. Danion sur la non-existence de la polarisation des tissus animaux. Elle se compose de MM. Gavarret, Gariel et C. Paul.

— M. le docteur Bacchi communique à l'Académie le résultat d'expériences qu'il a instituées sur les phénomènes produits chez les animaux par l'alcool distillé selon le nouveau procédé de M. Joar A. Bang, ancien élève du professeur Wurtz.

Ce procédé, en partie chimique, en partie mécanique, permet de distiller n'importe quel alcool et de le réduire à l'état presque pur, c'est-à-dire d'alcool éthylique, en retirant tous les produits qui peuvent être nuisibles à la santé.

Il résulte de ces expériences que : 1° Tous les alcools employés pour la fabrication des boissons spiritueuses contiennent du furfurol en quantité variable et, par conséquent, sont tous plus ou moins nuisibles à la santé.

2° L'alcool, distillé selon le procédé Bang, est le seul qui ne contienne pas de furfurol et ne produise que les phénomènes d'ivresse sans aucun symptôme convulsivant.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Gautier, Lancereaux et Laborde.

— M. Terrillon présente une note à propos de trois nouvelles observations de *salpingite et hémato-salpingite et de leur traitement chirurgical.*

Il a déjà présenté le 17 juin dernier un travail basé sur quatre observations de *salpingo-ovarite* guéries à la suite de l'ablation des parties malades par la laparotomie. M. le professeur Cornil avait fait l'examen histologique des pièces enlevées pendant l'opération. Les observations présentées aujourd'hui sont importantes, surtout au point de vue des symptômes, de la marche de la salpingite et de l'utilité de l'intervention chirurgicale complète et radicale. Elles mènent à cette conclusion que les affections inflammatoires des trompes avec leurs variétés (salpingite, hémato-salpingite, pyo-salpingite) rentrent pour la plupart dans le domaine de la chirurgie. Les nombreux cas publiés à l'étranger et en province prouvent que le succès vient presque toujours couronner cette tentative qui consiste à enlever les annexes de l'utérus malade à divers titres. On ne peut que rarement attendre une guérison spontanée qui, dans ce cas, demanderait des années. Mais, pendant ce temps, les malades courent des risques nombreux, causés par les ruptures dans le péritoine, les abcès chroniques, la cachexie envahissante. Enfin, il faut compter avec la vie de douleur et de malaise perpétuel qui met ces malades dans un état précaire.

M. Terrillon est convaincu que l'observation chirurgicale est justifiée dans tous les cas par la maladie des organes désormais inutiles et qu'elle deviendra une des belles conquêtes de la chirurgie.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Trélat et Lannelongue.

— M. le Président déclare la vacance d'une place dans la section de pathologie chirurgicale.

— M. Verneuil fait une communication sur les *ulcérations imaginaires de la langue.*

Velpeau a jadis signalé les tumeurs imaginaires de la mamelle et décrit les tourments physiques des malades en même temps que les incertitudes des médecins consultés dans ces cas souvent difficiles. Cette forme morbide mérite de rester dans le cadre nosologique, car il est des cas où les praticiens même expérimentés sont embarrassés. Il existe en effet, ici, deux facteurs pathologiques; la douleur, d'une part, et, de l'autre, quelque lobule glandulaire sensible au toucher et offrant une consistance plus grande que les autres qui permet de croire qu'il existe là un néoplasme au début.

On sait, en revanche, qu'il ne s'agit souvent que d'une névralgie intercostale ou brachio-thoracique avec point mammaire sans lésion organique dans la glande, et, par conséquent, sans nécessité d'une intervention chirurgicale que les malades accepteraient volontiers.

Ce que Velpeau a fait pour le sein, M. Verneuil voudrait le faire pour la langue. Il a rencontré là aussi la réunion du symptôme douleur avec une pseudo-lésion anatomique constituant une affection pénible en elle-même en raison des souffrances qu'elle provoque, mais réagissant aussi sur le moral d'une façon très fâcheuse; les patients étaient convaincus qu'ils sont porteurs d'un cancer commençant de la langue. Il a observé cinq cas de ce genre, tous bien caractérisés et surtout si semblables que la description de l'un d'eux, avec quelques détails, mettrait le praticien à même de reconnaître l'affection et en donnerait une idée suffisante. Il ne s'agit là, en somme, que d'une variété de névralgie linguale, mais le diagnostic n'est généralement pas porté, et la nature réelle du mal reste le plus souvent méconnue. Les prescriptions et les ordonnances en font foi.

Depuis plus d'un an, M. Verneuil observe le cas suivant :

M. X..., avocat, habitant la province, 42 ans, taille moyenne, fortement musclé, offre

toutes les apparences de la santé. Pas de maladies sérieuses dans le passé, pas de syphilis. Il se croit seulement menacé de la goutte par ses antécédents de famille. Il vient consulter au commencement de 1886 pour une affection de la langue qui l'inquiète fort et qu'il croit de nature maligne; elle est survenue depuis plus d'un an et va toujours en s'aggravant. Elle a résisté à tous les moyens mis en usage, et provoque tantôt une simple gêne, tantôt une douleur vive et bien localisée se propageant vers l'oreille. Tous les mouvements de la langue exaspèrent cette sensation, bien qu'ils s'exécutent facilement. M. X... mène une vie régulière, n'a jamais beaucoup fumé, a même cessé complètement depuis quelque temps; l'examen des urines a donné un résultat négatif.

L'inspection attentive et le toucher du bord gauche de la langue ne font rien voir ni sentir de suspect. La langue est molle, souple et saine, la muqueuse buccale intacte, les ganglions non engorgés. Le malade est surpris du résultat de cet examen et insiste pour qu'il y soit procédé de nouveau. Il indique alors comme siège précis de sa douleur la saillie de la papille caliciforme la plus externe du V lingual. M. Verneuil lui fait alors constater que la papille de l'autre côté fait une saillie semblable; seulement, elle n'est pas douloureuse. Il s'agissait là d'une névralgie linguale sans aucune lésion déterminante. Cette affirmation faite au malade ne le rassura pas complètement, et, à plusieurs reprises, il s'est de nouveau cru atteint de son mal aussitôt qu'il cessait le traitement institué et dont il tirait grand bénéfice. Depuis un an, son état s'est bien amélioré, et la guérison est aujourd'hui assurée bien plus par le traitement moral que par le traitement local, consistant en gargarismes émollients et en attouchements avec une solution de cocaïne. Le traitement général de l'arthritisme consista en eau de Vals, liqueur de Fowler, bains alcalins.

M. Verneuil cite quatre autres observations ayant trait à un médecin, à un rentier, à un officier de dragons et à une dame. Tous ont présenté les mêmes phénomènes, tous étaient obsédés par cette douleur toujours localisée au même point. Tous, malheureusement, n'ont pu être suivis : le médecin est mort quelque temps après paralytique général, l'officier va mieux; sur les deux autres, pas de renseignements. Le traitement institué dans ces divers cas peut se résumer en ceci :

1° Injections hypodermiques intra-linguales;

2° Cautérisation profonde avec le thermo-cautère dans la région malade;

3° Destruction des papilles caliciformes avec le même agent.

La névrotomie et l'électricité seraient peut-être efficaces.

L'histoire de ces ulcérations imaginaires de la langue est en tous cas fort incomplète. C'est à peine si l'on trouve, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, un article de Dechambre sur la névralgie linguale. La discussion de faits nouveaux serait nécessaire à l'achèvement de la question.

M. Fournier croit cette affection beaucoup plus fréquente qu'on ne serait tenté de l'admettre. Pour sa part, il en a vu un certain nombre de cas chez des malades se trouvant dans les conditions indiquées par M. Verneuil. Ses recherches bibliographiques ne lui ont fait découvrir que l'article de Dechambre et quelques observations de névralgie linguale d'origine syphilitique. Selon lui, trois causes peuvent surtout provoquer cette affection :

1° La goute; 2° un appareil prothétique; 3° le tabès. Quant aux médicaments administrés dans ce cas, il est convaincu de leur inefficacité. Seul, le bromure de potassium à la dose de 6 ou 8 grammes paraît avoir quelques succès à son actif. C'est surtout une médication morale qui pourra venir à bout de l'affection.

M. Labbé a vu plusieurs cas de ce genre, dont deux chez des médecins. Il insiste sur ce fait que le traitement doit surtout s'adresser au moral du malade, et c'est le plus souvent parce que les praticiens n'ont pas une autorité suffisante qu'ils administrent un grand nombre de médicaments, n'osant être trop affirmatifs.

M. Laborde voit dans les observations de M. Verneuil une catégorie spéciale de malades : les hypochondriaques et les individus qui plus tard seront atteints de paralysie générale. Il y a là un fait intéressant qui mérite d'attirer l'attention.

M. Perrin cite le cas d'un malade qui faillit être opéré en Italie pour un cas de ce genre, et qui est actuellement bien amélioré uniquement par le traitement moral.

M. Larrey signale le cas d'un officier qui, voyant souvent un de ses camarades atteint de cancer de la langue, se crut lui-même atteint du même mal et fut très long à se séparer de cette idée.

M. Verneuil est heureux d'avoir soulevé une discussion qui ne fait que confirmer l'existence de la lacune qui existe dans la science au sujet de cette affection. Il remarque surtout que personne n'a rien tenté de chirurgical contre elle. Or, de même que, lorsqu'une névralgie a un siège fixe en tout autre point du corps, on agit, il paraît rationnel d'agir aussi dans le cas d'ulcération imaginaire de la langue. En plus du traitement physique appliqué *loco dolenti*, on produirait ainsi, soit par le thermo-cautère, soit par des injections sous-cutanées, un effet moral considérable sur le malade.

— La séance est levée à cinq heures un quart. — E. V.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le professeur Weichselbaum succède au professeur Schott à l'Université d'Innsbruck. — Est appelé également à la même Université (chaire de pathologie générale et expérimentale), le professeur Lœwit.

Le docteur Morel Mackenzie (de Londres) vient de recevoir le titre de chevalier.

Le docteur Kowalkowski, assistant du professeur Dobroslawin de Saint-Pétersbourg, est nommé professeur d'hygiène à Varsovie.

Nécrologie. — Le docteur Dietl, professeur de pathologie expérimentale à Innsbruck, a succombé le 5 septembre dernier, à une maladie du cerveau.

— Nous avons annoncé, il y a plus d'un mois, la fondation d'un laboratoire de bactériologie au Kings collège de Londres. Nous apprenons de la *Deutsche med. Wochenschrift* (15 septembre) que le nouvel établissement, qui s'ouvrira probablement le 1er octobre, sera en tout semblable à l'Institut de Koch.

— La rage sévit avec violence sur les animaux dans le sud de la Russie. De fort nombreux cas se sont produits chez l'homme. L'Institut Pasteur d'Odessa est plein de malades.

— L'épidémie de scarlatine de Londres continue à s'étendre ; elle possède heureusement un caractère bénin, si le nombre des atteintes est grand (il y a plus de 1,000 malades dans les hôpitaux) le nombre des décès est remarquablement faible.

— Le Sénat a sanctionné la loi qui assimile Modène, Parme, et Sienne aux Universités majeures. — Ch. S.

COURRIER

M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la commission, instituée au ministère des finances, à l'effet d'étudier les réformes qu'il convient d'apporter à la législation de l'alcool, et, en général, au régime des boissons.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fontrobert, (de Lyon), décédé à l'âge de quarante-deux ans, et Antoine Voreux (de Lille), décédé à l'âge de vingt-cinq ans.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Nouveau mode de traitement par les oxydations médicamenteuses.

Note lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 juillet 1887

Par le docteur ONIMUS.

L'idée de faire agir les substances médicamenteuses sur les voies respiratoires, nous a depuis plusieurs mois fait faire des recherches à l'aide de l'appareil dit lampe sans flamme, et qui consiste essentiellement dans l'évaporation de l'alcool rectifié sur une lamelle de platine ou sur un fil de platine enroulé en spirale. C'est cet appareil qu'on a présenté au public comme produisant de l'ozone et devant servir à assainir les appartements. Il est certain qu'il a une action réelle sur les papiers ozonométriques, et que l'atmosphère est rapidement modifiée par son action.

Dès le mois de mars 1886, nous avons fait dissoudre dans l'alcool de cette lampe de la terpine, ou bien nous y avons ajouté d'autres substances dans le but d'améliorer des affections des voies respiratoires. Mais cette lampe présentait plusieurs inconvénients; très souvent la mèche ne pouvait fonctionner normalement, car, au lieu de servir uniquement à amener peu à peu l'alcool nécessaire à l'évaporation, elle agissait comme une mèche de lampe ordinaire à l'alcool; c'est-à-dire que la flamme persistait et empêchait ainsi l'oxydation sur le platine incandescent. Nous étions cependant arrivé, grâce à l'habileté de M. Collin, à établir une lampe marchant régulièrement, s'allumant facilement, perdant sa flamme d'elle-même dès que le platine était incandescent, et il ne s'agissait plus que d'y ajouter les substances médicamenteuses.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les carnets en peau de Pranzini. — Méfait de l'hypnotisme. — Bienfaits de l'hypnotisme.

Pranzini n'a pas moins occupé l'attention publique après sa mort qu'avant l'expiation de ses forfaits. Cette fois, c'est de notre Faculté de médecine qu'est parti tout le bruit, que les cent bouches de la Renommée ont grossi au point d'en ébranler les fondements de la police de sûreté. Tout cela pour un morceau de peau, enlevé au cadavre, et transformé en porte-cartes offerts au chef et au sous-chef de cette police. Tout cela a été raconté avec tant de détails dans tous les journaux, que nous aurions mauvaise grâce à y revenir; nous nous contenterons donc de les consigner dans ce journal, pour n'y point laisser de lacune.

Donc, on s'aperçoit un beau matin — ou plutôt non — un soir, le bruit court que M. Taylor, chef de la sûreté, et M. Goron, sous-chef, ont reçu un porte-carte fait avec un morceau de la peau de la cuisse de Pranzini; on s'étonne, on s'indigne, on qualifie cela de crime abominable et on demande la destitution de ces deux fonctionnaires, qui ont osé profaner les restes du décapité. Mais on s'explique : ce ne sont pas MM. Goron et Taylor qui ont profané ce cadavre, c'est un agrégé de la Faculté de médecine (d'aucuns disent un interne de la Faculté, comme si ce titre existait); on recherche cet

Après la lampe fabriquée primitivement, on n'avait songé qu'à assainir l'air des appartements, mais notre idée était toute différente; nous voulions faire respirer peu à peu les agents thérapeutiques et uniquement en plaçant l'appareil dans la chambre des malades.

Nous avons d'abord essayé de mettre au-dessus de la lampe un petit réservoir métallique où l'évaporation se faisait lentement, et comme la source de chaleur est constante, on avait ainsi une action lente et continue. Mais nous avons complètement renoncé à ce procédé, parce qu'on a ainsi une action trop prononcée des produits de l'évaporation de l'alcool, et parce que les substances médicamenteuses n'agissent pas autrement dans ces conditions que lorsqu'elles sont évaporées par un procédé ordinaire. Il serait préférable, ce qui d'ailleurs se fait depuis longtemps, d'avoir une source de chaleur quelconque qui facilite l'évaporation ou tout simplement de laisser les substances se dégager peu à peu à l'air libre.

Dans l'évaporation sur le platine, il y a plus qu'une simple évaporation, car il se forme une suroxydation des produits, et ceux-ci prennent une activité considérable. La meilleure preuve, c'est que l'on peut respirer pendant longtemps l'air où brûle de l'alcool ou bien de l'air dans lequel on fait vaporiser de l'alcool, sans qu'on ressente les effets que l'on éprouve en faisant évaporer de l'alcool sur du platine. Dans ce cas, on éprouve rapidement une sorte d'excitation et un picotement plus ou moins prononcé des yeux, en même temps l'odorat est affecté agréablement, mais on ne saurait que très difficilement reconnaître l'odeur de l'alcool, et on a évidemment l'impression de produits éthérés.

Nous avons vu chez des animaux, chez des cochons d'Inde par exemple, la respiration de ces produits de l'alcool amener rapidement des accidents convulsifs, et, si on prolonge l'expérience, on détermine des phénomènes de paralysie des membres postérieurs, des suffocations, du météorisme, et la mort survient. Seulement, quelque graves que soient les symptômes, dès qu'on retire l'animal, il revient rapidement à une santé parfaite. Ces accidents, d'ailleurs, n'apparaissent que lorsqu'on met les animaux dans un

---

agrégé, M. Poirier; on lui télégraphie de venir se disculper auprès de M. le doyen de la Faculté, et alors, preuves données de son innocence, on cherche ailleurs. On finit par apprendre que M. Rossignol, brigadier de la sûreté, voulant faire un cadeau à ses chefs, a cru trouver une excellente occasion en leur donnant les porte-cartes en question; il s'aboucha donc avec un de ses anciens subordonnés, nommé Godinet, devenu garçon d'amphithéâtre à la Faculté, qui déroba le morceau de peau convoité et le remit à son ex-supérieur; celui-ci le porta chez un maroquinier comme un vulgaire morceau de peau de mouton, et on lui fit subir toutes les préparations nécessaires pour en faire un élégant carnet.

Voilà, je crois, la vérité. On a dit ensuite que M. Spuller, ministre de l'instruction publique, dont dépend la Faculté de médecine, avait l'intention de demander à son collègue de l'intérieur, dont dépendent MM. Goron et Taylor, la révocation de ces messieurs pour leur irrévérence envers Pranzini; mais je crois que ce serait une trop forte pénitence pour un simple péché véniel; du reste, ces messieurs ont rendu les carnets à M. le procureur général, et j'espère que les choses en resteront là. C'est en effet beaucoup de bruit pour presque rien.

* * *

L'hypnotisme continue à faire des siennes. Les journaux politiques lui reprochent encore ces jours-ci de sortir un peu trop du domaine de la théorie fantaisiste pour entrer dans celui du crime, à propos d'une affaire qui vient de se dérouler devant le tribunal correctionnel de Marseille.

espace d'air assez resteint et lorsque l'action de l'appareil est très intense. Avec nos nouveaux appareils à mousse de platine qui agissent moins acti vement, on peut même difficilement produire des accidents de ce genre. Si l'on mélange à l'alcool des essences, comme les essences de thym, de citron, d'eucalyptol, etc., l'odeur de ces essences devient plus vive, plus pénétrante et souvent plus agréable; mais il faut éviter d'employer une dose trop forte, car on détermine, dans ce cas, des congestions de la tête et des migraines.

Comme nous l'avons déjà dit, la base de ces procédés est l'évaporation lente des produits médicamenteux sur du platine incandescent, et l'appareil dit lampe sans flamme ou fumivore nous paraissait, avec quelques améliorations, être le seul qu'on puisse employer, lorsque le hasard nous fit connaître un appareil plus avantageux, et qui est tout simplement le brûle-parfum des Orientaux Il existe d'ailleurs dans les articles de parfumerie, mais nous ne sachions pas qu'on ait jamais songé à l'employer pour les substances médicamenteuses.

Ce petit appareil que nous avons fait modifier par M. Collin est composé d'un flacon dans lequel plonge un tube de verre qui renferme une mèche, au-dessus et au milieu de laquelle se trouve de la mousse de platine.

En allumant cette mèche, il y a en premier lieu une flamme, laquelle s'éteint quelquefois d'elle-même, ou que l'on peut éteindre dès que le platine est rougi, car cette flamme ne doit servir qu'à rendre la mousse du platine incandescente. L'incandescence du platine dure aussi longtemps qu'il existe de l'alcool dans le flacon, et nous avons fait graduer le flacon afin que l'on puisse doser le médicament. On peut ajouter des teintures concentrées. C'est ainsi que nous avons introduit, avec succès, de la teinture de belladone et de l'alcoolature d'aconit. Dans les enrouements simples, il suffit de mettre dans la chambre ou près de soi cette petite lampe actionnée par de l'alcoolature d'aconit.

Dans le coryza avec du térébène et de l'essence d'eucalyptus ou bien

---

Un jeune homme inculpé de vol d'une montre reconnaissait sa faute, mais déclarait ne pas pouvoir s'expliquer comment il avait pu la commettre.

L'attitude du prévenu suggéra au tribunal (dans l'espèce, c'est donc le tribunal qui a subi la suggestion et non le prévenu) l'idée de le faire examiner par un médecin aliéniste, lequel fit un rapport circonstancié, concluant que l'inculpé s'était parfaitement rendu compte du délit qu'il commettait; mais, sans pouvoir affirmer que c'était un fou, il ajoutait qu'il avait agi sous l'impulsion d'une force irrésistible indépendante de sa volonté.

Le tribunal, se rangeant aux conclusions du médecin, a admis l'irresponsabilité du prévenu et prononcé son acquittement.

Moins heureux a été un plaideur d'outre-Rhin, dont la supercherie a été dévoilée à l'aide d'un moyen employé déjà pour contrôler la réalité de la perte uniloculaire de la vue chez les hystériques. On appelle cela, je crois, hémi-anopsie. Ce moyen dont il a été question dans notre compte rendu du Congrès de Nancy, l'année dernière, consiste à faire lire à travers un verre de couleur, des caractères écrits en couleur complémentaire du noir : soit le verre rouge et les caractères verts, ou inversement; si le malade dit ne pas voir d'un œil, on lui met des lunettes à verre blanc du côté de cet œil et à verre rouge du côté sain : s'il ne peut lire, c'est qu'il est bien atteint d'hémi-anopsie; s'il peut lire, c'est un simulateur, puisqu'il lit du côté où le verre est blanc, alors qu'il voit noir du côté sain. Voici comment les journaux rapportent ce fait :

Les bésicles de M. Chevreul. — Le contraste des couleurs — Un tribunal d'outre-Rhin

avec des mélanges dont nous aurons l'occasion de donner la formule, on arrive à arrêter rapidement l'écoulement muqueux. Seulement dans le coryza avec fièvre, si le catarrhe proprement dit est arrêté, l'état général persiste et nous avons pu expérimenter sur nous-même la séparation très nette qu'il y a entre ces deux manifestations pathologiques. Une angine rhumatismale a été guérie en une nuit en laissant l'appareil fonctionner dans la chambre à coucher. Dans la toux spasmodique, dans l'asthme, le soulagement est également rapide, en employant la teinture de belladone avec de la terpine et des essences aromatiques. Une personne atteinte d'asthme se promenait même l'appareil à la main.

Nous n'avons pas eu encore l'occasion d'employer ce mode de médication dans la coqueluche, mais il est presque certain que les résultats seraient avantageux. Nous en dirons autant de l'angine diphthérique et même de la phthisie.

Dans un cas rebelle de fièvre des foins, nous avons obtenu une amélioration presque instantanée, mais, comme pour la grippe proprement dite, si l'écoulement a cessé, les symptômes généraux n'ont pas disparu aussi rapidement.

Les inconvénients de ce mode de traitement dépendent précisément de ses qualités, car il dessèche les muqueuses. Lorsqu'on veut obtenir ce dernier effet dans des affections dont le coryza est le type, et même dans des cas de polypes naso-pharyngiens (car nous avons ainsi pu flétrir ces polypes), l'appareil n'a pas besoin d'autres modifications que d'ajouter à l'alcool à 96° les substances que l'on désire faire agir. Mais, si l'on veut obtenir un effet moins caustique, il y a là un inconvénient réel que nous avons essayé de faire disparaître.

Nous avons, dans ce but, cherché à introduire dans l'alcool des substances pouvant en atténuer les effets, ou bien nous avons cherché à obtenir les mêmes effets d'incandescence avec d'autres produits. La présence seule de la terpine (4 à 5 grammes pour 50 grammes d'alcool) ou de la morphine (20 centigrammes pour 50 grammes d'alcool) suffit pour atténuer cette

---

vient de faire une curieuse application des lois de M. Chevreul, notre savant centenaire, sur le contraste simultané des couleurs.

Un ouvrier forgeron, frappant sur l'enclume, avait laissé échapper son marteau, et l'énorme outil était allé frapper, près de l'œil gauche, l'aide du forgeron.

Le blessé avait aussitôt reçu des soins, et, quelques jours après, de l'avis des médecins du moins, il était absolument guéri.

Cependant la victime de cet accident persistait à se plaindre de vives douleurs dans l'œil atteint par le marteau, et prétendait avoir perdu la vue de ce côté.

On manda des spécialistes, qui furent unanimes à déclarer que l'allégation du blessé était sans fondement.

En conséquence, le patron intéressé refusa toute indemnité. Il y eut procès.

Toutes les vieilles ruses connues pour mettre en défaut les faux myopes, les faux presbytes, les faux borgnes, avaient été mises en œuvre, lorsqu'un des experts, partant du principe d'une des lois de Chevreul, tanta l'expérience suivante, assurément des plus ingénieuses :

Sur un écran noir, il traça quelques mots en vert; puis, sur le nez du prétendu borgne, il plaça une paire de lunettes à verre rouge pour l'œil droit, à verre blanc pour l'œil gauche.

— Lisez-moi ça, dit-il au plaignant en lui tendant l'écran.

Sans la moindre défiance, notre homme lit l'écriture.

— C'est bien de l'œil droit que vous lisez? demanda l'expert.

action irritante; mais l'incorporation de l'essence de térébenthine ou de l'essence minérale est préférable, parce qu'elle permet l'action spéciale de tous les médicaments.

Ces deux essences même sans alcool font fonctionner l'appareil, seulement l'incandescence est moins vive, et la térébenthine surtout laisse déposer une couche de noir de fumée qui bientôt obstrue tous les pores de la mousse de platine. Leur association par moitié ou par tiers est, au contraire, très avantageuse, car ils se prêtent mutuellement leurs qualités, l'alcool facilitant l'incandescence et les essences enlevant aux produits d'oxydation de l'alcool leur action irritante sur les muqueuses.

Dans la bronchite, dans l'angine, dans le coryza ces mélanges sont bien plus avantageux; et après avoir, dans nos premiers essais, employé l'alcool seul, nous ne nous servons plus actuellement que de l'un ou l'autre de ces mélanges; le meilleur est d'ailleurs celui avec l'essence minérale.

La présence de ces essences n'empêche nullement l'absorption des agents actifs, et nous avons fait plusieurs expériences où nous avons observé, sur de jeunes rats et sur des cochons d'Inde, l'influence assez rapide de la strychnine ou de la morphine en dissolution dans ces mélanges.

Certaines substances, même avec l'alcool à 96°, éteignent le foyer; tels sont, par exemple, le chloroforme, le chloral et l'iodoforme.

Par contre, l'alcool peut avec grand avantage être remplacé par de l'éther. Aucune substance ne fait rougir la mousse de platine aussi énergiquement que l'éther. C'est là une ressource précieuse, car tous les médicaments dissous dans l'éther peuvent être employés de cette façon.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longtemps sur ces expériences et sur les observations cliniques que nous avons pu faire. Nous aurons l'occasion d'y revenir avec plus de détails et de vous exposer des faits de pathologie expérimentale absolument concordants. Nous n'avons voulu, aujourd'hui, que vous signaler ce mode de traitement, que nous croyons appelé à rendre de réels services.

On sait combien la muqueuse pulmonaire absorbe facilement les subs-

---

— Assurément, puisque je n'y vois pas de l'œil gauche!

— Eh bien, ce n'est pas possible : vous ne pouvez pas lire de l'œil des caractères verts sur noir, parce que le verre rouge, couleur complémentaire du vert, les efface pour cet œil et les confond avec le noir de l'écran. C'est de l'œil gauche seul et à travers le verre blanc, que vous avez pu les voir. Donc, vous n'êtes pas borgne!

Le tribunal a considéré l'expérience comme décisive, a débouté le plaignant; et voilà comment, de son laboratoire de l'avenue des Gobelins, M. Chevreul a tranché un procès par delà la frontière.

Autre écho d'Allemagne, que j'ai oublié de consigner dans son temps, mais qui a eu toutefois son intérêt. C'est pourquoi je l'avais mis en réserve dans un carnet où il gisait oublié et d'où je l'exhume.

Les dentistes de la petite principauté de Reuss ont une façon originale de célébrer l'anniversaire de la naissance de l'empereur Guillaume. Ils ont annoncé collectivement dans les journaux que ce jour-là ils feraient gratuitement, en l'honneur de leur souverain, toutes les opérations qui concernent leur art, et que les personnes indigentes qui se présenteraient chez eux dans la journée, pour se faire poser des dents artificielles, les recevraient en cadeau.

* * *

Si l'hypnotisme est invoqué à tort et à travers, comme dans l'exemple que nous avons rapporté ci-dessus, il produit parfois, quand il est appliqué à propos chez cer-

tances, et avec ce procédé facile et essentiellement hygiénique, les médicaments non seulement arrivent directement, rapidement et sans fatigue en contact avec les organes malades, mais, de plus, et c'est là un point essentiel, ces médicaments ont acquis ainsi une action plus énergique.

Du phosphore dans le rachitisme,

Par Canali (de Parme) (1).

Wegner, assistant à l'Institut d'anatomie pathologique de Berlin en janvier 1871, avait constaté, à l'autopsie d'un ouvrier attaché à une fabrique de phosphore, des lésions profondes dans tout le système osseux : hyperostose diffuse de la calotte crânienne, périostite ossifiante du bord alvéolaire des deux maxillaires; en outre, gros dépôts stratifiés de tissu spongieux dans les épiphyses et les apophyses des extrémités osseuses. Ce malade avait subi une amputation du fémur par suite d'une périostite gangréneuse très étendue du tibia.

Les lésions importantes rencontrées dans tout le squelette étaient-elles une conséquence de l'action lente du phosphore? Wegner, pour s'en rendre compte, fit des expériences sur des lapins, expériences qui lui montrèrent que cette substance donnée à petites doses concentre son action non seulement sur l'appareil digestif (estomac, foie), mais, en outre, sur le système osseux en général. Le tissu osseux produit était beaucoup plus compact et moins fourni de vaisseaux qu'à l'état normal.

Ces expériences l'amenèrent à étudier l'influence que pouvait avoir cette substance sur l'ostéogenèse pathologique chez l'homme, par exemple dans l'ostéomalacie, le rachitisme, les fractures, les résections sous-périostées, etc. Il put ainsi observer des résultats absolument identiques à ceux qu'il avait recueillis chez les animaux, chez un enfant tuberculeux auquel on avait administré pendant deux mois et demi environ de petites doses de phosphore. Dans les fractures, dans les résections sous-périostées, on a noté qu'en administrant le phosphore, le nouveau tissu se développait plus rapidement, et qu'il était plus dense et plus solide. Dans le rachitisme et l'ostéomalacie, il n'avait pas eu assez d'occasions de l'expérimenter pour pouvoir poser des conclusions.

(1) Traduction et analyse de la *Rivista clinica*, janvier 1887.

---

taines malades, des guérisons inespérées. Voici un fait que nous racontait récemment M. le professeur Gross (de Nancy).

Ce jeune et distingué chirurgien avait, dans son service à l'hôpital, une femme atteinte d'une hernie de l'ovaire, qui était tombé dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Cette affection causait des douleurs si violentes que la malade craignait comme le feu l'approche du chirurgien de son lit et poussait des cris lorsqu'on exerçait la moindre pression sur l'abdomen.

Tous les médicaments antinévralgiques avaient été employés sans succès, et M. Gross se préparait à pratiquer l'opération de Battey lorsqu'il rencontra son collègue M. Bernheim, dont le service est voisin du sien. Ils causèrent ensemble de ce fait intéressant pour tous deux, et M. Gross proposa à M. Bernheim de soumettre la malade à l'hypnotisme avant de l'opérer. Une première séance eut un résultat merveilleux; M. Gross arriva près de la malade lorsque celle-ci sortait du sommeil hypnotique; il fut tout étonné de n'être plus accueilli avec l'expression de frayeur vive habituelle; il palpa le ventre sans provoquer la moindre douleur; la malade se croyait absolument guérie. La douleur revint néanmoins, mais, à la suite de nouvelles séances d'hypnotisme, elle diminua de jour en jour, et il n'est plus depuis longtemps question d'opération.

Ce fait est loin d'être unique; il en a été dans ces derniers temps publié plusieurs autres avec quelques variantes, mais où la suggestion a agi de la même manière; l'opération étant décidée, le chirurgien en fit le simulacre : chloroformisation, incision de la peau, pansement, etc. Mais l'incision ne comprenait que les couches superficielles

Kassovitz (de Vienne) a repris ces recherches. Il a administré le phosphore à 560 enfants à la dose de 1/2 à 1 milligr. par jour. Les plus prompts et les plus brillants résultats sont ceux qu'il a obtenus dans le rachitisme crânien (crânio-tabès). Les phénomènes nerveux que l'on observe dans ce stade de la maladie, constriction laryngée, excitabilité réflexe exagérée, accès convulsifs généraux, insomnie, disparaissaient rapidement. Le processus de la dentition a été accéléré, mais a nécessité un emploi plus prolongé du médicament. La difformité thoracique disparaît peu à peu; les côtes acquièrent leur résistance normale; le catarrhe bronchique disparaît, ainsi que la dyspnée qui en était la conséquence.

Les déformations rachitiques de la colonne vertébrale, qui sont dues, d'après Kassovitz, à une flexibilité et à une compressibilité considérable des os et des cartilages vertébraux, plutôt qu'à un relâchement des ligaments, disparaissent. Les membres inférieurs reprennent de la force; leurs mouvements ne sont plus douloureux; et les bambins, après quelque temps de traitement, commencent à se tenir sur leurs jambes et ensuite à marcher. La nutrition générale s'améliore; le pannicule adipeux sous-cutané reprend son développement moral. Les fonctions digestives se relèvent, et les sueurs profuses cessent à la tête. Kassovitz conclut que, dans le squelette des enfants rachitiques, il y a une excessive vascularisation du tissu ostéogène, et que le phosphore à petites doses fait disparaître cet état morbide, et, par suite, le ramollissement des os.

Le docteur Guidi (de Florence) a observé de bons résultats du phosphore dans le rachitisme. L'assimilation était assez prompte chez les enfants au-dessous de 2 ans, qui acquéraient rapidement la force de marcher, elle n'était pas bien manifeste, au contraire, chez les enfants de 2 à 4 ans, parce que le remède n'était pas bien toléré. Betz a administré le phosphore sous forme de pommade dans le tabès crânien avec un certain succès, qu'il croit dû à l'absorption des vapeurs de phosphore par les voies respiratoires. L'auteur cite encore un très grand nombre de praticiens qui ont employé le phosphore dans le rachitisme et n'ont eu qu'à s'en louer.

A son tour, Canali a repris ce traitement à l'Institut obstétrical de Parme. Il publie quinze observations qu'il fait suivre des réflexions suivantes :

« Dans nos observations, à l'exception de deux, le phosphore a été bien toléré. Les résultats ont été des plus satisfaisants : dans certains cas, il y a eu guérison complète : dans d'autres, amélioration notable. C'est avec une rapidité surprenante qu'il agit dans le tabès crânien. Les phénomènes nerveux qui se montrent dans cette période, constriction laryngée, convulsions générales, insomnie, disparaissent rapidement avec l'os-

---

du derme, et le pansement consistait dans une couche épaisse d'ouate entourant le ventre; mais la malade, convaincue d'avoir été opérée, se trouva tout aussi débarrassée de ses douleurs que si on lui eût enlevé une demi-douzaine d'ovaires.

Il en a été souvent de même, depuis le jour où Velpeau enleva un serpent du ventre d'une femme qui l'y sentait positivement. Velpeau fit bander les yeux de l'opérée et incisa légèrement la peau, ce qui fut très douloureux, car le chloroforme n'était pas encore employé comme anesthésique; on avait emprunté pour la circonstance, au Jardin des Plantes, un serpent qui fut présenté à la malade comme sorti de ses entrailles, et celle-ci guérit. Mais la guérison ne fut que passagère; la dame se figura bientôt que le serpent était une femelle et qu'elle avait laissé un petit; Velpeau abonda dans son sens et fit une nouvelle opération qui, cette fois, fit sortir *un mâle*. Ce fut là fin de la maladie.

M le professeur Duplouy (de Rochefort) eut à procéder un jour, chez un sujet semblable, à l'extraction d'une arête qui avait été avalée et qui provoquait le long du cou une sensation de raclage insupportable. Plusieurs essais de cathétérisme ayant démontré qu'il n'y avait aucune arête, et le malade éprouvant toujours les mêmes phénomènes, M. Duplouy fit cacher dans le tablier d'un de ses aides une énorme arête de raie qu'il en tira au moment opportun, après avoir fait de grands préparatifs pour une opération, et qu'il présenta au malade au bout de la plus grosse pince qu'il pût trouver. Le malade, satisfait, emporta l'arête chez lui et se déclara guéri.

Tout est bien qui finit bien.

SIMPLISSIME.

sification des os crâniens. Nos observations I, IV, V, XII, XIII, confirment pleinement les résultats obtenus par Kassovitz dans sept cas de crânio-tabès. La disparition du spasme laryngé arrive au bout de quelques jours de traitement, et il en est de même des convulsions générales. La fontanelle antérieure va en se rétrécissant peu à peu et l'ossification des os du crâne reprend son cours..... Le processus de la dentition dans la majeure partie de nos observations a été accéléré par l'usage du phosphore continué de un à trois mois. Le gonflement épiphysaire des extrémités a diminué, et aussi, ainsi que l'ont démontré plusieurs de nos cas, les déviations rachitiques de la colonne vertébrale. En même temps, les déformations thoraciques se sont corrigées, comme l'observation III en est une preuve bien manifeste. Les enfants ont repris rapidement de la force principalement dans les jambes et le tronc, et le progrès a continué avec la prolongation du traitement. Les fonctions digestives, dans la plupart de nos cas, ont été stimulées, et, avec le retour de l'appétit, la nutrition générale s'est améliorée. »

Comme certains observateurs n'ont obtenu aucun résultat du phosphore, l'auteur pense que cela tient à la difficulté de la préparation, et il conseille aux pharmaciens d'avoir toute prête une solution de phosphore dans l'huile d'olive (2 décig. p. 100 gr. d'huile). Une autre cause de la différence des résultats obtenus doit être attribuée à l'état des fonctions digestives chez les enfants.

Dans certains cas, le phosphore n'est pas toléré, ou bien provoque la diarrhée. Alors il n'est pas absorbé et ne peut rien produire.

Voici les formules employées par Canali :

1° Phosphore	0 gr. 01 centig.
Huile de foie de morue	100 grammes.

Deux à trois cuillerées à café par jour.

2° Phosphore	0 gr. 01 centig.
Huile d'amandes douces	30 grammes.
Gomme arabique pulvérisée }	ââ 15 —
Sucre de canne pulvérisé }	
Eau distillée	40 —

Deux à trois cuillerées à café par jour. L. Greffier.

BIBLIOTHÈQUE

Des moyens de diagnostic d'une affection rénale unilatérale, par le docteur Léo Warnots (*La Clinique*, 5 mai 1887).

On peut juger de l'état de santé ou de maladie de chaque rein pris isolément par un certain nombre de procédés plus ou moins dangereux ou difficiles. Nous citerons l'exploration des régions rénales par une main introduite dans le rectum, la ligature temporaire de l'uretère du rein que l'on se propose d'extirper, la sécrétion de l'autre glande étant recueillie isolément, la compression d'un uretère par la main placée dans l'intestin, etc. Dans certains cas, on pourrait se servir de la méthode d'Emmet, qui consiste à faire une fistule vésico-vaginale artificielle et à attirer vers soi les bords de la fistule pour mettre sous les yeux les orifices vésicaux des uretères dans lesquels on peut ainsi introduire facilement un cathéter.

Tuchmann a proposé l'emploi d'un instrument, analogue au lithotriteur de Horteloup, avec lequel il ferme pendant quelques instants l'orifice vésical d'un uretère; le mode opératoire est malheureusement difficile. Silbermann, à l'aide d'un appareil spécial, comprime la portion vésicale de l'uretère au moyen d'un poids déterminé de mercure; les inconvénients de son procédé sont nombreux.

Simon dilatait l'urèthre de la femme et se guidait sur le doigt introduit dans la vessie pour arriver dans l'uretère; son mode opératoire est actuellement à peu près abandonné pour celui de Powlick. Ce chirurgien remarqua que certains plis de la paroi antérieure du vagin reproduisaient dans bon nombre de cas la configuration du trigone

et correspondaient exactement aux saillies de celui-ci. On y trouve, en effet, deux sillons partant du bourrelet uréthral et se dirigeant vers les côtés du vagin en formant un angle parfaitement visible lorsque la vessie est distendue. Plus en arrière, ces deux sillons sont coupés transversalement par un troisième qui correspond au ligament interurétérique de Muller. Pour faire le cathétérisme, il place la femme comme dans l'opération de la taille périnéale et applique le spéculum de Simon, puis il introduit le cathéter jusqu'au bourrelet uréthral d'où le bec est poussé en avant en suivant le sillon de la paroi vaginale. A un moment donné, on éprouve une résistance qui est due à un repli de la muqueuse tapissant l'orifice de l'uretère; cette sensation de résistance est la preuve que l'on est arrivé au conduit. La pénétration dans l'embouchure est facile; pour y arriver, Powlik conseille de faire exécuter un quart de tour au cathéter, de telle sorte que la convexité vienne se placer latéralement.

Les applications de la méthode ne consistent pas seulement dans l'exploration des uretères; elle peut encore recevoir d'autres applications. C'est ainsi que Powlik, dans un cas d'hydronéphrose occasionné par un bouchon de mucus qui obstruait l'uretère, réussit à donner libre passage à l'urine, et l'hydronéphrose guérit. Warnots ayant à opérer une fistule vésico-cervico-utéro-vaginale réussit à bien spécifier la position exacte de l'uretère en cathétérisant ce dernier.

Chez l'homme, c'est surtout le procédé de Tuchmann que l'on doit employer; il faudrait l'essayer avant toute néphrectomie.

En terminant, M. Warnots exprime l'espoir qu'il y aura plus tard une chirurgie des uretères. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Ancienneté de l'usage des lavements gazeux.— Le *Medical Record* du 13 août 1887 fait remarquer que le lavement d'*air fixe* a été recommandé il y a longtemps par Priestley comme de grande utilité dans les *maladies putrides*; Percival, en 1768, et Mac Bride, en 1776, ont signalé les effets merveilleux de cette méthode dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — R.

Le sublimé corrosif dans le traitement de la diphthérie. — Le docteur Stumpf, sur 31 malades traités par cet agent, en a perdu deux seulement. Il emploie le sublimé sous la forme de solution dans la proportion de 1 à 4 parties pour 3,400 d'eau distillée et 600 d'eau de menthe poivrée. Une cuillerée à café de cette solution est employée chaque fois en pulvérisation sur le pharynx, d'abord toutes les heures, puis toutes les deux ou trois heures. A l'exception d'une salivation très passagère, aucun symptôme toxique n'a été observé; mais la fièvre a décliné rapidement, la production diphthéritique a cessé de s'étendre, et la difficulté pour avaler a été amoindrie. (*The New-York med. Journ.*, 13 août 1887.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Jamais les séances de l'Académie n'ont été plus pauvres en communications médicales que depuis quelques semaines. Nous sommes réduits aujourd'hui à enregistrer une note de M. Deherain sur les assolement qui pourra peut-être intéresser ceux de nos confrères qui possèdent des propriétés rurales ou qui connaissent le bonheur d'habiter la campagne.

« La rotation généralement adoptée dans le nord de la France, dit le savant professeur, dure cinq ans; elle s'ouvre par une plante sarclée, betteraves ou pommes de terre, auxquelles succède un premier blé, qui occupe le sol la deuxième année; au printemps, on y sème du trèfle, on en tire deux coupes la troisième année; rompu à l'automne, il

fait place au second blé, après lequel arrive une avoine pendant la cinquième et dernière année.

« Dans cette rotation, deux récoltes sont mal placées : le premier blé succède mal aux betteraves; l'avoine, au second blé. C'est ce qui résulte des nombreuses observations qui ont été recueillies à Grignon depuis de longues années.

« Depuis que Boussingault a montré l'efficacité des nitrates dans l'alimentation végétale, depuis que MM. Schlœsing et Müntz nous ont enseigné que ces nitrates sont produits par l'activité d'un ferment aérobie, qui ne fonctionne que dans un sol aéré et humide, nous comprenons quelle importance présente une pulvérisation, un émiettement du sol, qui assure partout la pénétration de l'air, la conservation de l'humidité. Cet émiettement, qu'on peut comparer à la préparation d'un milieu de culture pour le ferment nitrique, ne peut être obtenu que par un travail soigné, souvent impossible à exécuter quand le blé succède à la betterave.

« Si l'automne est humide, l'arrachage des racines est pénible; il laisse le sol retourné par les fourches, piétiné par les chevaux, écrasé par les chariots, dans un état déplorable; il faut cependant labourer hâtivement et procéder aux semailles du blé d'automne; elles se font dans de mauvaises conditions et la récolte s'en ressent. La désastreuse récolte de blé de 1879, qui n'a donné que 79 millions d'hectolitres de blé, a suivi l'automme pluvieux de 1878.

« Dans l'assolement quinquennal, l'avoine arrive après le second blé, la cinquième année, sur une terre déjà fatiguée par les récoltes précédentes; à ce point de vue, sa place est bien choisie, car l'avoine est peu exigeante. De 1875 à 1879, on a récolté, en moyenne, au champ d'expériences de Grignon, 21 quintaux de grains à l'hectare sur les parcelles qui ont reçu du fumier, 22 quintaux sur celles qui ont eu du nitrate de soude et des superphosphates, et 19 quand l'avoine a été cultivée sans engrais. Les différences sont minimes; mais, si l'avoine ne demande que peu d'engrais, elle ne donne de bonnes récoltes que dans un sol bien dépouillé de plantes adventices, contre lesquelles elle se défend mal.

« La condition de réussite de l'avoine est donc de trouver un sol bien dépouillé de plantes adventices; or, cette condition est mal remplie quand elle succède au blé, qui est lui-même facilement envahi et qui, par suite, laisse le sol dans un état fâcheux.

« Quand on pratique l'assolement de quatre ans, en usage en Angleterre et désigné sous le nom de *rotation de Norfolk*, tous ces inconvénients disparaissent; je l'ai mis en pratique à Grignon avec avantage.

« Aux betteraves arrachées tardivement, succède l'avoine semée seulement au printemps, sur une terre bien préparée et dépouillée l'année précédente des plantes adventices, par les sarclages qu'exige la betterave.

« Le blé succède au trèfle, qui occupe le sol la troisième année, mais le laisse libre dès le commencement de l'automne; le travail du sol peut donc être assez soigné pour assurer la récolte.

« Après les betteraves, l'avoine donne de bonnes récoltes, sans qu'il soit nécessaire de lui distribuer aucune fumure.

« En résumé, l'assolement de quatre ans, usité en Angleterre et parfois en France, me paraît devoir être étendu :

« 1° Parce qu'en plaçant l'avoine, culture du printemps, en seconde année après les betteraves, on est certain, quelque tardif que soit l'arrachage, de pouvoir préparer, avec tous les soins nécessaires, le sol déjà débarrassé de mauvaises herbes par les sarclages pratiqués sur la betterave; ces conditions sont suffisantes pour assurer la réussite de l'avoine, peu avide d'engrais.

« 2° Parce qu'en semant le blé après le trèfle, qui laisse le sol libre dès le commencement de l'automne, tous les travaux qui précèdent les semailles du blé sont exécutés aisément. »

FORMULAIRE

Liniment contre le pityriasis versicolor. — Ihle.

Résorcine	5 à 10 grammes.
Huile de ricin	45 —
Alcool	150 —
Baume du Pérou	50 centigr.

Mêlez. — Ce liniment est recommandé par l'auteur, dans le traitement du pityriasis versicolor, de l'eczéma marginatum, de l'alopécie aréolée et de la séborrhée. — Le docteur Unna conseille aussi la pommade à 5 p. 100 de résorcine, contre l'eczéma séborréique.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Choléra. — On possède enfin quelques renseignements sur le début et les premiers cas du choléra à *Rome*.

Dans les premiers jours d'août un assez grand nombre d'ouvriers travaillant à une fabrique de papiers de Tivoli tombèrent malades et présentèrent tous les symptômes du mal asiatique ; la plupart succombèrent. Vers le milieu du mois mourut à Rome, d'une attaque cholérique officiellement constatée, un individu venant de Tivoli. Plusieurs décès suivirent, de nouvelles attaques se montrèrent, parmi lesquelles 4 se localisèrent à la maison d'aliénés (ils devaient être bientôt augmentés de 13 autres). Il est à noter que cette maison d'aliénés est contiguë à l'hôpital et se trouve en rapport immédiat avec la cour de la division des cholériques.

On supposa à Rome que les germes étaient contenus dans les chiffons contaminés ; on en brûla de grandes quantités hors des portes de Rome. A Tivoli, sur 34 personnes atteintes, 17 moururent, et aucune nouvelle attaque n'a été constatée depuis le 22 août.

A Rome, jusqu'au 22 août, 18 personnes contractèrent la maladie et 8 succombèrent. Depuis, 30 cas seulement ont été signalés, mais on connaît la difficulté qu'on éprouve à obtenir des renseignements exacts sur ce point.

A *Naples*, jusqu'au 26 août, le total des cas s'élevait à 110, dont 74 décès. Depuis le 27, le nombre des attaques a diminué. Du 27 août au 2 septembre, on ne comptait plus que 34 victimes sur 58 malades. Les localités voisines de Naples ont payé un large tribut à l'épidémie. A Résine, par exemple, par exemple, on a relevé pendant le mois d'août 115 décès sur 174 cas.

Si l'épidémie paraît en décroissance à Rome et à Naples, il n'en est pas de même à *Messine*. Le mal fait encore de grands ravages. Les médecins sont à peine en nombre suffisant pour soigner les cholériques. Mais le service des inhumations laisse fort à désirer. Ce qui manque surtout ce sont les moyens de transport. Il arrive souvent que l'enterrement n'a lieu que le deuxième jour après la mort.

A *Bombay*, on n'annonce que 19 décès cholériques pendant les deux semaines du 27 juin au 9 août. Un seul Européen est compris parmi les victimes. Mais depuis le commencement de l'épidémie, c'est-à-dire depuis le 9 mai, le mal a tué, dans les provinces nord des Indes, 70,000 personnes.

Rappelons qu'un navire anglais venant de Bombay, et ayant eu des décès cholériques pendant la traversée, a touché dernièrement à Messine. Ce serait à l'arrivée de ce bateau qu'il faudrait attribuer une recrudescence épidémique dans le port italien. Ce qu'il y a de certain, c'est que le nouvel arrivant a produit une grande panique dans la ville.

Le kronprinz allemand et ses médecins. — La *Wiener med. Zeitung* du 20 septembre nous donne les intéressants détails suivants sur la santé du prince impérial allemand et sur le peu d'importance des soins que lui donnent les médecins allemands relégués au second plan :

« Le kronprinz est actuellement à Toblach, et les journaux politiques trouvent moyen de nous donner tous les jours des détails sur ses faits et gestes et des renseignements

sur l'état de sa santé. Tous les reporters sont d'accord sur ce point que la santé du prince est excellente, ainsi que son moral et son humeur. Cependant, contrairement aux récits d'il y a quelques semaines suivant lesquels sa voix commençait à reprendre quelques notes musicales, IL EST TOUJOURS APHONE.

« Mais il est un point plus important qui touchera davantage le public médical, je veux parler du peu de part que prennent les médecins du prince au traitement de son affection.

« Quand le kronprinz, s'abandonnant aux soins de Mackenzie, suivit ce médecin en Angleterre, cette démarche fut colorée d'un prétexte assez plausible : le médecin avait fait miroiter aux yeux de l'illustre malade une guérison que ne croyaient pouvoir point lui promettre les médecins allemands. De plus, outre son médecin officiel, le médecin général Wegner, il partait accompagné du docteur Landgraf de la clinique de Gerhardt connu par son érudition spéciale et ses travaux en laryngologie. Ces médecins devaient en quelque sorte contrôler le traitement. Quelle fut la durée précise de leur mission? voilà ce qu'il est difficile de savoir au juste. Mais ce qui devait donner satisfaction au public, c'est la garantie de ce contrôle confié aux praticiens allemands. Le prince, à son arrivée, résida pendant plusieurs semaines à Bræmor, petite localité dans les montagnes. Le docteur Howell, assistant de Mackenzie, venait lui faire une visite tous les jours et dirigeait le traitement pendant que les médecins allemands, restés à Edimbourg, se tenaient à la disposition du futur souverain. Leur zèle fut très peu mis à contribution. Cette situation aurait été très bien dépeinte dans les rapports fréquents que le généralarzt Wegner faisait parvenir à l'empereur par l'intermédiaire du médecin impérial Von Lauer. C'est peut-être cette circonstance qui donne l'explication de ce qui se passa dans la suite.

« Pendant son retour, le kronprinz fut accompagné de ses deux médecins et de l'assistant de Mackenzie. Mais à Vlissingen, les docteurs Wegner et Landgraf se séparèrent du cortège du prince et gagnèrent directement Berlin, où le premier eut une longue audience de l'empereur. De son côté, le prince se rendit à Toblag par Francfort et Munich, le docteur Howel lui donnait seul ses soins.

« Le médecin général Wegner ainsi que le docteur Landgraf reçurent avis qu'ils avaient terminé leur mission et furent remplacés par le docteur Schrader qui ne semble pas mandé souvent à Toblag et ne peut avoir bien grande influence sur la direction du traitement.

« Mackenzie a été fait chevalier par la reine d'Angleterre; il a touché comme honoraires 8,000 livres sterling et recevra une somme au moins égale lorsque le prince quittera Toblag pour se rendre en Italie.

« Toujours est-il que le médecin anglais n'a pas encore tenu sa promesse de rendre la voix au prince. Nous espérons cependant qu'il la tiendra et que son diagnostic est exact. Si cet heureux événement se réalise, le monde lui pardonnera d'avoir ainsi relégué au second plan les médecins allemands qui l'ont appelé ! » — Ch. S.

COURRIER

HOSPICES DE GRENOBLE. — Un concours pour la nomination des élèves internes et externes, aura lieu le 7 et le 8 novembre prochain. — Un concours pour la nomination de deux internes en pharmacie aura lieu le 14 novembre prochain.

CONCOURS. — Le 22 décembre 1887, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour trois places de médecin titulaire du bureau de bienfaisance.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Traitement de la pustule maligne par les injections iodées,

Par le docteur Sereins.

L'extirpation de la pustule maligne, puis la cautérisation actuelle ou potentielle ont été successivement érigées en dogme thérapeutique dans la médication du charbon. L'extirpation a depuis longtemps perdu ses droits, je crains que pareil sort ne soit réservé à la cautérisation. Par ces deux modes de traitement, on supprime, il est vrai, le foyer infectieux, mais souvent ce n'est qu'au prix de grands délabrements et de lésions d'organes importants, si on veut aller jusqu'aux limites du mal. Or, si ces deux opérations sont suffisantes quand l'affection est encore à la période de début, elles sont absolument inutiles quand il y a infection de tout l'organisme. C'est en vertu de ces considérations que, dans ma pratique, j'ai cru devoir m'abstenir de toute espèce de cautérisation pour m'en tenir exclusivement aux injections interstitielles de teinture d'iode que nous regardions jusqu'ici comme un simple adjuvant du moyen héroïque, la cautérisation. En voici le résultat :

Obs. I. — Henri Michau, âgé de 15 ans 1/2, employé de ferme en Beauce, portait à la joue droite depuis une huitaine de jours un bouton dont il ne soupçonnait pas la nature. Le 15 août 1887 sa joue se mit à enfler, et ce ne fut que le lendemain au soir, en présence des progrès rapides du gonflement, qu'il se décida à venir me consulter.

Il n'avait ni piqûre, ni plaie, ni solution de continuité quelconque qui pût expliquer le mode de contagion. A la partie moyenne de la joue droite, il existe une petite eschare noire légèrement excavée et couronnée de quelques vésicules transparentes, grosses comme des têtes d'épingles. A ce niveau, le malade perçoit une légère sensation de prurit. Tout autour de l'eschare et dans l'étendue de 3 centimètres en haut et sur les côtés, de 5 centimètres en bas, on constate un œdème dur, parsemé de quelques vésicules se continuant avec un gonflement œdémateux qui se prolonge jusqu'à la région sous-maxillaire inférieurement et supérieurement jusqu'aux paupières. Les ganglions sous-maxillaires sont fortement engorgés et forment une intumescence de toute la région comprise entre l'oreille et le larynx, qui fait disparaître la dépression du cou. En haut, l'œdème s'étend jusqu'aux paupières et l'œil est à peine visible. A la palpation, on distingue nettement la ligne de démarcation qui sépare l'œdème mou de l'œdème induré. Dans l'étendue de ce dernier, les tissus ont perdu leur sensibilité; le malade n'accuse aucune douleur quand on le pique, et, à chaque piqûre, on perçoit une crépitation sèche comme si on traversait du parchemin.

Il s'écoule par la piqûre une certaine quantité d'un sang rouge sale, couleur jus de groseille poisseux et diffluent. La peau de la face de ce côté a une teinte jaunâtre; la langue est épaisse, la déglutition est gênée et le malade paraît abattu et somnolent. Il n'y a pas d'élévation de la température générale et la température locale paraît abaissée.

Le sang contient de magnifiques bactéridies accompagnées de spores nombreuses.

Avec une solution d'iode ioduré au centième, je fais, séance tenante, à la zone périphérique de l'induration, des injections interstitielles très rapprochées de façon à opposer une barrière antiseptique à l'invasion du mal; j'en pratique également dans toute la

surface de l'œdème induré et au niveau de l'eschare. A la fin le liquide injecté reflue et rejaillit même par les piqûres périphériques, de sorte que les tissus sont saturés d'iode. Cataplasmes arrosés d'acide phénique comme pansement.

17 août. — Le malade a eu une nuit calme, le gonflement n'a pas augmenté, l'anesthésie persiste; je pratique de nouvelles injections.

18 août. — La tuméfaction a un peu diminué; le champ de l'anesthésie s'est rétréci de moitié. Je fais encore quelques injections dans la zone insensible.

19 août. — Grande amélioration, sommeil bon, le malade demande à manger. L'engorgement ganglionnaire a diminué de moitié, l'œdème palpébral est presque nul. La sensibilité est revenue partout, sauf au niveau de l'eschare centrale et dans l'étendue d'un centimètre inférieurement. Je ne fais pas d'injections.

A ce moment, j'examine à nouveau le sang au microscope; en voici le résultat : les bactéridies, quoique encore reconnaissables, présentent certains détails de structure particuliers. On en voit qui sont rompues partiellement, et les fragments qui en dérivent se superposent ou forment des angles à des degrés divers, ne tenant plus que par une portion de leur gaîne qui a résisté. Dans d'autres, l'enveloppe extérieure déchirée, rompue longitudinalement, est détachée du corps et forme des lambeaux flottants. Le protoplasma lui-même présente une segmentation fibrillaire ou granuleuse avec apparence de vacuoles ou lignes claires; les fibrilles résultant de la segmentation ont subi un mouvement de torsion sur leur axe. Le protoplasma ainsi dégénéré présente une coloration jaune à peu près uniforme ainsi que les spores endogènes qui sont totalement imprégnées d'iode.

En résumé, la liqueur iodée a eu pour effet immédiat de tuer les bactéridies tant à l'état adulte qu'à l'état de spores et de les imprégner ultérieurement dès qu'elles ont cessé de vivre. Le milieu se trouve donc parfaitement stérilisé.

20 août. — On constate autour de l'eschare une ligne rouge circulaire qui indique la séparation du mort d'avec le vif; elle a une forme ovale et mesure 1 centimètre dans son plus grand diamètre.

9 septembre. — La petite plaie est presque cicatrisée.

Obs. II. — Mlle F..., âgée de 8 ans, vient me consulter le 5 septembre 1887. Elle porte vers le milieu de la joue gauche une vésicule indolente reposant sur un tissu induré. La surface indurée mesure 3 centimètres de diamètre transversalement et 4 centimètres de haut en bas; elle est insensible à la piqûre. Il n'y a presque pas d'œdème circonférentiel. Le sang est fluide, couleur jus de groseille et contient des bactéridies. Je pratique des injections iodées, avec un solution au centième à la surface de l'induration et à sa périphérie. Légère douleur.

8 septembre. — Il y a eu, dans la soirée, un peu de gonflement provoqué par l'iode, qui a disparu le lendemain. Aujourd'hui le noyau induré a diminué d'étendue; il est plus mou, moins rénitent. La sensibilité est encore un peu obtuse, mais le sang a à peu près son apparence normale. La vésicule centrale a disparu. La guérison est donc assurée et elle s'est effectuée sans perte de substance.

Réflexions. — Serait-on arrivé au même résultat par la cautérisation seule? Oui, à la condition de convertir presque toute la face, surtout dans le premier cas, en une vaste eschare. Et si on avait associé les deux méthodes thérapeutiques, cautérisation et injections iodées, on aurait aussi guéri le malade, mais au prix d'une destruction de tissu inutile et d'une difformité ultérieure consécutive. Maintenant, supposons le mal charbonneux siégeant aux paupières, au nez, aux lèvres; qu'en serait-il résulté? Un ectropion ou une destruction complète des voiles palpébraux avec toutes ses fâcheuses conséquences pour l'organe de la vision, le rétrécissement des fosses nasales et les anomalies diverses et nombreuses qui peuvent résulter de cicatrices aux lèvres. Par la méthode que j'ai adoptée, au contraire, il n'y a pas de perte de substance, à proprement parler, l'es-

chare qui se détache correspond, en largeur comme en profondeur, à l'étendue de la pustule initiale et la plaie à laquelle elle donne lieu pourrait être comparée, sans trop de désavantage, à celle du chancre syphilitique dont il faut chercher la cicatrice après guérison.

Mais l'avantage de conserver au malade la perfection de ses traits serait acheté trop cher s'il devait être payé de son existence. La question est donc de savoir si le procédé des injections iodées offre toutes les garanties désirables pour juguler le mal et assurer la guérison. A cela la clinique vient de répondre affirmativement. Mais cherchons plus loin et voyons si nos connaissances scientifiques sur la nature du charbon autorisent une pareille confiance.

On sait depuis longtemps que la pustule maligne de l'homme est une affection contagieuse transmise par l'inoculation d'un virus provenant d'un animal charbonneux. Davaine et Pasteur nous ont appris à connaître l'élément infectieux du charbon, qui consiste en un bâtonnet droit nommé *bactéridie* se multipliant surtout par des spores. L'inoculation d'une bactéridie dans un point dénudé de la peau produit la lésion initiale qu'en pathologie on désigne sous le nom de pustule maligne; cette bactéridie se multipliant forme en peu de temps une colonie envahissante qui donne lieu à l'œdème circonférentiel. Les vaisseaux lymphatiques et sanguins lui servent de voies de communication pour émigrer loin du foyer originel et se diffuser dans tout l'organisme. La bactéridie charbonneuse étant aérobie, elle absorbe l'oxygène des tissus pour vivre, d'où la production de l'œdème gangréneux, et une fois entrée dans la circulation, elle réduit l'hémoglobine du sang en le désoxygénant, d'où l'aspect particulier du sang signalé dans l'observation, les phénomènes d'asphyxie globulaire qui caractérisent la période d'intoxication et la nature apyrétique de l'affection.

L'indication à remplir est, par conséquent, la suivante : détruire les bactéridies non seulement au niveau du foyer infectieux, mais partout où elles ont pu pénétrer. Les injections iodées au niveau de l'œdème et à son pourtour remplissent à merveille ce double but. Davaine, en effet, a prouvé que le sang charbonneux perd sa virulence au contact de l'iode. L'iode est donc un poison pour les bactéridies et, injecté sous forme liquide, il a la propriété de se diffuser dans tout l'organisme en suivant précisément la même voie qu'ont prise les microbes charbonneux pour y pénétrer. Pour arriver à un bon résultat, il faut employer une solution forte. On l'injecte, en effet, dans un tissu insensible; la douleur ressentie par le malade est à peu près nulle, et on est plus sûr de cette façon d'imprégner totalement les tissus.

De plus, le mal charbonneux est, de sa nature, aphlegmasique, condition éminemment favorable à la multiplication des bactéridies, puisque, comme l'expérimentation l'a prouvé, elles ne se développent qu'entre 35 et 49°. Une solution iodée assez concentrée provoque dans les tissus infectés en état d'hypothermie une réaction phlogogène qui a pour résultat d'en élever la température. Si Pasteur rend les poules aptes à contracter le charbon en les refroidissant, une forte solution iodée détruit le charbon qui a infecté un organe en le réchauffant.

Association française pour l'avancement des sciences.

SEIZIÈME SESSION A TOULOUSE DU 22 AU 29 SEPTEMBRE.

Séance du 26 septembre.

M. le docteur Pineau (d'Oléron) présente à la section trois pierres extraites d'un très ancien phimosis chez un jeune homme de 32 ans, atteint de paralysie spinale infantile, ayant à partir de l'âge de 3 ans produit un arrêt marqué de développement des membres inférieurs, luxation du genou gauche en arrière, etc. Ces pierres, qui n'ont pu être extraites que grâce à un large débridement, étaient engrenées les unes dans les autres, cela donnait au prépuce distendu un volume énorme, au point que la verge avait exactement l'aspect d'un battant de cloche. Ensemble elles pèsent 23 grammes et leurs dimensions moyennes sont de 2 à 3 centimètres en tous sens. Elles présentent des facettes de frottement nettes et étendues et sont constituées par du phosphate ammoniaco-magnésien. La réaction opératoire a été nulle, le thermomètre n'a pas monté d'un demi-degré et l'état général s'est amélioré aussitôt après l'opération.

MM. Grasset, Albespy et Bézy présentent quelques observations sur le mode de formation de ces pierres, qui paraissent être constituées par les éléments de l'urine.

M. le docteur Fauvelle lit un travail sur des signes de l'homicide par suffocation.

Devant la justice, les signes de l'asphyxie par suffocation n'ont qu'une importance relative ; tout l'intérêt porte sur les traces de violence qui peuvent en faire un homicide involontaire ou criminel.

Telle est la conclusion à tirer des faits que M. Fauvelle a recueillis pendant une pratique médico-légale de 20 années. Sur 34 expertises, 20 fois la suffocation a eu lieu par occlusion de la bouche et du nez, 7 fois par pression sur le larynx et la trachée, 3 fois par compression du thorax et de l'abdomen, 1 fois par enfouissement ; enfin 3 fois, malgré la présence des signes ordinaires de la suffocation, l'absence de violence n'a pas permis de conclure à l'homicide.

La suffocation est un genre d'asphyxie dans lequel l'obstacle mécanique à l'arrivée de l'air dans le poumon est le seul élément morbide. Toujours elle a été caractérisée par la réplétion des cavités droites du cœur et des gros vaisseaux y afférents par un sang noir et fluide coïncidant avec une vacuité complète des mêmes organes à droite. Il semble à M. Fauvelle que l'absence de respiration arrête la circulation veineuse. Il en résulte une pléthore qui distend les capillaires des organes thoraciques et abdominaux et en amène la rupture sous forme de petites ecchymoses superficielles.

Dans l'occlusion violente de la bouche et du nez, la densité des tissus rend les extravasations sanguines très rares, une fois sur 20. Le plus souvent on constate une teinte rouge due à la dilatation des capillaires et exactement limitée à la région comprimée. Ces traces de pression s'observent non seulement sur le nez et les lèvres, mais aussi sur la muqueuse des arcades dentaires qui font la contre-pression. La paume de la main est employée presque exclusivement, aussi les traces d'ongles ne se rencontrent-elles qu'aux paupières, à la racine du nez et aux régions des masséters. Deux fois seulement l'occlusion a eu lieu à l'aide d'un intermédiaire, mais les traces de pression n'ont pas manqué ; elles étaient seulement plus étendues et moins bien limitées.

La compression digitale du larynx et de la trachée doit être complètement distinguée de la strangulation par un lien circulaire qui entraîne d'autres éléments morbides que l'obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons. Dans le premier cas les traces ecchymotiques des doigts compresseurs rendent l'homicide certain ; dans le second, la question du suicide peut être posée ; en outre, toutes les lésions le rapprochent bien plus de la pendaison que de la suffocation.

Les autres faits n'ont rien présenté de bien spécial.

M. le docteur Vieusse, médecin-major, fait l'exposé d'un cas d'hydrocèle péritonéo-funiculaire, dont il ne connaît que deux faits publiés jusqu'alors, l'un par Chassaignac, l'autre par Nannoni. Il résulte de ces trois faits que l'hydrocèle péritonéo-funiculaire doit être admise et qu'il faut savoir la diagnostiquer. Le diagnostic est facile en

général, et on ne peut confondre cette maladie qu'avec l'hydrocèle péritonéo-vaginale ou congénitale, ou la hernie péritonéo-funiculaire, qui est assez fréquente. Le traitement sera simple tout d'abord; on aura recours au repos dans la position horizontale, avec frictions irritantes; lorsque ces moyens auront échoué, on emploiera l'injection iodée; enfin si ces moyens restent inactifs, on pourra avoir recours à la ponction du kyste ou à son incision.

M. Bories (de Montauban) fait observer que le procédé de Monod (injection d'un centimètre cube d'alcool pur dans la poche) convient souvent au traitement de l'hydrocèle congénitale et pourrait réussir également dans le traitement de l'hydrocèle péritonéo-funiculaire.

M. Serres (d'Auch) recommande la ponction suivie d'applications de compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque.

M. le docteur Bories (de Montauban) signale un cas de complications graves de la blennorrhagie. Depuis que la nature infectieuse et parasitaire de cette affection a été établie, on a pu interpréter facilement les manifestations générales autrefois si inexplicables de cette affection.

Dans le fait qui lui est personnel, le phénomène le plus remarquable, et dont il n'a trouvé aucun exemple dans la littérature médicale, est l'œdème de la glotte survenu à la suite d'une généralisation blennorrhagique. Il s'agit d'une jeune dame exempte de tout antécédent rhumatismal, et qui, atteinte de vaginite blennorrhagique, vit se développer en quelques jours la série des accidents suivants : endométrite, avec péritonisme, arthrites multiples, œdème de la glotte. Cette manifestation exceptionnelle est importante à signaler, en raison du danger qu'elle peut faire courir aux malades.

M. Bories ajoute que la qualification de rhumatisme attribuée aux accidents articulaires, liés à la blennorrhagie, est impropre; l'arthrite blennorrhagique est d'origine infectieuse au même titre que celle de l'infection purulente.

M. le professeur Bernheim (de Nancy) communique une belle observation de régularisation de la menstruation par le somnambulisme. MM. Liébault et Voisin ont relaté des cas de rétablissement des règles par la suggestion, et M. Bernheim a observé des cas de ce genre. Mais, dans le cas actuel, il s'agit d'une menstruation trop fréquente et trop abondante dans laquelle la suggestion a produit la régularisation à quatre jours de durée, au lieu de treize à quinze jours.

M. Bérillon cite le cas d'une femme qui avait une perte considérable; il lui suggéra de cesser de perdre pendant une demi-heure et de lui écrire une lettre d'excuses, ce qui fut fait.

M. Burot a réussi à guérir d'une aménorrhée une jeune fille qui, maintenant, est arrivée à avoir ses règles à heure fixe.

M. Dècle a produit à volonté des perversions des règles, les faisant arriver plus tôt, puis plus tard, etc.

M. Grasset a vu un fait d'hémorrhagie arrêtée par suggestion.

M. Bernheim ne connaît pas de troubles de la qualité de la sécrétion urinaire produits par l'hypnotisme, comme la glycosurie et l'albuminurie; il ne sait pas si on peut agir sur les diabétiques, il n'a pu que diminuer la quantité de la sécrétion urinaire.

M. Certes rappelle que les auteurs les plus anciens ont signalé, dans les eaux sulfureuses, l'existence de la *barégine*, et, dans les eaux peu minéralisées, celle de conferves qui y forment des masses vertes ou blanchâtres parfois considérables. Quelques observateurs les ont étudiées avec soin; mais aucun d'eux, sauf en 1886 L. Olivier pour les eaux de Cauterets, MM. Certes et Garrigou pour les eaux de Luchon, ne paraît s'être préoccupé de l'existence possible de microbes beaucoup plus petits, au griffon même de la source, c'est-à-dire à la température la plus élevée.

M. Certes a continué à Néris et à Lamalou les études qu'il avait commencées à Luchon avec le docteur Garrigou; il y a retrouvé cette substance mucilagineuse, cette glairine qui sert de support aux sulfuraires et aux conferves, et qui n'est que la zooglée des bâtonnets mobiles du griffon et des conduites, microbes provenant des germes atmosphériques, et dont le développement devient plus abondant quand les conditions

biologiques : contact de l'air, abaissement de température, deviennent plus favorables. Qui dit microbe dit fermentation. L'eau dont les malades font usage est donc fort différente de celle qui émerge du sol. Est-ce un bien? est-ce un mal? Il faudra de longues études pour résoudre le problème que M. Certes ne fait que poser.

M. le docteur Boissarie (de Sarlat) expose la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde dans une petite localité de la Dordogne, Baldès, où la transmission de cette affection par les eaux a été saisie sur le fait. Cette épidémie a régné pendant les mois de juin, juillet et août. L'Académie de médecine, consultée sur les causes de cette épidémie, a fait analyser les eaux de cette localité, et M. Marty, rapporteur, a constaté dans ces eaux la présence des bacilles pathogènes de la fièvre typhoïde. Mais les résultats de cette analyse, demandés trop tard et trop tard connus, n'ont pu éclairer à temps la population, l'épidémie étant terminée lorsque la cause du mal a été dévoilée. Elle avait frappé 130 personnes, pour la plupart jeunes et plus aptes à contracter la maladie; il y avait eu 15 décès. En outre, ces malades, en se dispersant, avaient formé dans les localités voisines des foyers multiples.

La mauvaise qualité des eaux a été la cause de l'épidémie; la difficulté d'avoir en temps utile une analyse n'a pas permis d'y porter remède. Il en sera souvent ainsi. Cette difficulté que l'on a eue à faire analyser les eaux fait ressortir la nécessité de créer un laboratoire d'analyses offrant toutes garanties. En outre, des instructions sur le captage, la conduite des eaux, leur aménagement, sont nécessaires; car, dans les campagnes comme dans les villes, la question des eaux est d'une importance capitale, et l'eau est trop souvent le foyer et le mode de transmission des épidémies.

M. Certes rappelle qu'au Congrès de la Rochelle il a indiqué un moyen simple et à la portée de tous de se renseigner sur les qualités bonnes ou mauvaises des eaux potables, et il pense que ce moyen pourrait être appliqué à la recherche des microbes de la fièvre typhoïde.

M. le docteur E. Maurel, médecin principal de la marine, fait une communication intéressante sur le pouls veineux rétro-sternal.

Après avoir dit ce qu'il entendait par le pouls veineux rétro-sternal, et comment on le prend, le docteur Maurel expose les nombreuses recherches qu'il a faites à cet égard, aussi bien à l'état de santé qu'à l'état de maladie. 500 sujets, dont 200 bien portants et 300 malades, ont été examinés dans ce but. Ce symptôme serait constitué par des battements perçus en déprimant fortement les téguments au-dessus de la fourchette du sternum, en conduisant l'index environ à 1 centimètre au-dessous et en arrière du bord supérieur de cet os. Or, tandis que, chez les premiers, le symptôme ne se rencentre pas 10 fois sur 100, on le rencontrerait, au contraire, chez les autres 37 fois sur 100. C'est là un premier fait intéressant.

Mais, de plus, en descendant dans le détail, le docteur Maurel a constaté que c'est surtout dans certaines affections que sa fréquence est plus grande, et parmi elles figurent les affections du cœur et la fièvre typhoïde dans sa première période.

Le pouls veineux rétro-sternal serait dû aux battements du tronc brachio-céphalique veineux gauche, battements qui lui seraient communiqués par les troncs artériels qui partent du sommet de la crosse de l'aorte. Quant aux causes qui font qu'il est perçu chez certains sujets et non chez d'autres, le docteur Maurel les voit soit dans un déplacement de ce tronc veineux, soit dans sa dilatation. Du reste, les faits saillants de cette communication intéressante sur un symptôme passé jusqu'à présent inaperçu, et qui peut avoir son importance, ont été réunis par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas, on peut, en déprimant les téguments au-dessus de la fourchette sternale, et en suivant le plan postérieur du sternum pendant un centimètre environ, sentir de véritables battements auxquels j'ai donné le nom de *pouls veineux rétro-sternal;* 2° ces battements se rencontrent parfois chez l'homme sain; mais ils sont beaucoup plus fréquents dans le cours des maladies; 3° ces battements me paraissent être ceux des artères qui naissent de l'aorte, transmis au tronc brachio-céphalique veineux gauche; 4° parmi les maladies où on rencontre le pouls rétro-sternal, il en est quelques-unes dans lesquelles sa fréquence est telle qu'on peut le considérer comme un de

leurs symptômes; 5° on le trouve fréquemment surtout dans les affections du cœur et la fièvre typhoïde; 6° sa cause varie : à l'état normal, il faut l'expliquer par une disposition anatomique spéciale. Pour l'état pathologique, on peut invoquer : *a*) un rapprochement mécanique du tronc brachio-céphalique veineux gauche; *b*) une dilatation due à une gêne de la circulation en retour; *c*) une dilatation passive sous l'influence d'une diminution de la tension veineuse; *d*) une insuffisance de la valvule tricuspide; 7° ce symptôme peut rendre quelques services dans le diagnostic, et surtout dans le pronostic de certaines affections; 8° il constitue un moyen pratique, utile pour nous faire suivre l'état de la tension veineuse.

M. le professeur Masse (de Bordeaux) a fait une étude approfondie de la région sous-glottique du larynx. Il a surtout attiré l'attention des physiologistes sur les variations de forme et de capacité de cette région dans ses trois quarts supérieurs. Le quart inférieur de la région sous-glottique est relativement fixe dans ses dimensions. La partie variable de la cavité sous-glottique oscille entre la forme d'un cylindre et celle d'une espèce de cône aplati transversalement, à sommet supérieur. La muqueuse sous-glottique se confond progressivement avec les lèvres de la glotte. Les variations de forme de l'orifice de la glotte et du porte-vent sous-glottique lui paraissent avoir une grande importance au point de vue de la production de la voix.

M. Masse s'est servi d'injections avec l'alliage d'Arcet pour suivre les différentes variations de capacité liées au rapprochement des lèvres de la glotte. Le calibre variable des différentes régions de la partie sous-glottique du larynx est décelé par les injections à l'alliage d'Arcet; cette variation de capacité est utile à prendre au point de vue chirurgical; on ne saurait appliquer à cette région les canules destinées à la trachée. Le moulage du larynx peut servir encore à diriger les chirurgiens désireux de pratiquer le tubage de la glotte.

MM. Chazarain et Dècle font un exposé sommaire de ce qu'il faut entendre par polarité humaine et courant de la polarité.

La polarité humaine réduite à sa plus simple expression consiste en ceci : un même pôle de la pile, un même pôle de l'aimant, un même métal, etc., appliqués sur le même côté d'un membre ou du buste d'un sensitif hypnotisable en direction perpendiculaire, n'y détermine pas les mêmes changements d'état que sur le côté opposé : là où ce pôle, ce métal anesthésie ou contracture, l'autre pôle, un autre métal de polarité différente, esthésie ou contracture, et réciproquement.

Les auteurs en ont conclu que le côté gauche du buste et le côté externe des membres anesthésiés ou contracturés par une application positive étaient positifs; que le côté droit du buste et le côté interne des membres anesthésiés ou contracturés par une application négative étaient négatifs, et qu'il existait dans ces parties du corps humain un courant analogue à celui de la pile, allant de leur pôle positif à leur pôle négatif et, par conséquent, ascendant sur le côté externe des membres et sur le côté gauche du buste, et descendant sur le côté interne des membres et sur le côté droit du buste (le buste et les membres étant considérés comme des aimants en fer à cheval dont les extrémités polaires regardent en bas). Ils ont reconnu et démontré expérimentalement sur un sujet présent que le courant continu, qu'il soit fourni par la pile, l'aimant (dont le courant marche du pôle N au pôle S) ou par deux corps de polarité différente en application *longitudinale* anesthésie, contracture, endort comme les actions isonomes, quand il est de sens inverse de celui du sujet, et esthésie, décontracture, réveille, comme les actions hétéronomes, quand il est de même sens. Ils en ont tiré cette conclusion que le courant appliqué doit, pour le même effet à produire, changer de direction avec le côté sur lequel il est employé.

M. le docteur Larché (d'Avignon) résume ainsi qu'il suit les statistiques médicales d'Avignon pour les années 1883-84-85 et 86 :

1° Les décès des années 1883-84-85 et 86 l'ont emporté d'environ un quart sur les naissances, et le déficit a porté spécialement sur le sexe masculin.

2° La ligne du total des décès a subi trois soulèvements : le premier a eu lieu 2 fois en décembre et 2 fois en janvier; le deuxième a fait son apparition en mars; et le troi-

sième, qui a été de beaucoup le plus notable, s'est produit 2 fois en août et 2 fois en juillet.

3° De toutes les saisons, l'automne a été la saison qui s'est montrée la plus bénigne pour nous.

4° La phthisie pulmonaire, la gastro-entérite aiguë et l'athrepsie ont à elles seules fourni près d'un cinquième de la totalité des décès, et les ravages qu'elles ont occasionnés ont été surtout notables au printemps pour la première et en été pour les deux autres.

5° La phthisie pulmonaire et la méningite, l'aliénation mentale, la fièvre typhoïde et les convulsions n'ont pas épargné le sexe masculin. Les affections du cœur, les maladies chroniques des voies respiratoires, la vieillesse et le cancer ont eu une prédilection marquée pour le sexe féminin. Les décès du sexe masculin ont dépassé la moyenne en été.

6° Les décès des sujets de 0 à 5 ans ont été, pour la gastro-entérite et l'athrepsie, de 31,6 p. 100; de 5 à 10 ans, pour les méningites, 23 p. 100, etc.

7° Les enfants du premier âge ont constitué à eux seuls plus du quart de la totalité des décès, et ils ont été frappés mortellement, en été, dans la proportion de 41 p. 100 de la mortalité annuelle, etc.

8° Le coefficient le plus élevé de la mortalité a été atteint : en hiver, par la pneumonie et la pleurésie; au printemps, par la phthisie pulmonaire; en été, par la gastro-entérite aiguë, et, en automne, par l'apoplexie et la méningite.

9° L'élévation des chiffres des moyennes annuelles de l'état hygrométrique a toujours amené une élévation des chiffres des décès par maladies chroniques de l'estomac, des intestins et du foie.

10° Les chiffres des décès occasionnés par l'apoplexie et la méningite ont varié en raison inverse des chiffres des moyennes annuelles barométriques.

11° L'abaissement de la ligne des moyennes thermométriques annuelles a toujours produit une élévation du chiffre des décès de la fièvre typhoïde.

12° Les soulèvements dans la ligne des décès journaliers ont généralement coïncidé avec une élévation de la ligne de l'état hygrométrique.

13° La mortalité des sujets de 60 ans et au delà a toujours atteint son chiffre le plus élevé en hiver.

14° Les décès des sujets de 0 à 5 ans ont constamment atteint leurs chiffres les plus élevés en été.

L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

Les phosphates, leurs fonctions chez les êtres vivants, par L. Jolly. Paris, Carré, 1887.

Toute particule vivante, si simple qu'elle soit, renferme des principes phosphorés minéraux qui sont absolument nécessaires à la vie. Ces principes existent non pas à l'état oxydable, mais à l'état oxydé sous forme d'acide phosphorique.

L'auteur a recherché avec grand soin comment les phosphates sont unis aux principes azotés protéiques, et a, dans ce but, analysé les principaux tissus des animaux supérieurs jeunes et adultes, de même que des albumines végétales et animales, le gluten, etc. Il admet « que les molécules minérales phosphatées sont disposées en un groupement méthodique, au milieu des éléments histologiques figurés; qu'ils en forment la charpente comme les os sont le squelette des animaux supérieurs. »

On ne trouve dans les tissus que cinq phosphates métalliques : ceux de potasse, de soude, de chaux, de magnésie et de fer. Chacun d'eux prédomine dans un organe particulier : le phosphate de soude dans le sérum sanguin, celui de potasse dans le système nerveux, etc. On peut en conclure que les phosphates contribuent à donner leurs propriétés physiques aux éléments organisés.

Les jeunes tissus contiennent surtout du phosphate de fer, et, pour M. Jolly, ce sont « les matériaux résultant de la fonte des globules hématiques qui servent à la nutrition

histologique et non pas l'albumine... En résumé, à l'état statique, les phosphates sont les rapports des éléments histologiques; à l'état dynamique, leur acide phosphorique est un puissant stimulant de la molécule vivante. »

Dans l'alimentation, les phosphates ont une extrême importance et ils sont surtout nécessaires aux gens adonnés aux travaux de l'esprit. Dans le traitement des différentes variétés de l'anémie, il faut combiner l'emploi du phosphate et du fer; de graves dangers peuvent résulter de l'usage du phosphore métalloïde et du phosphure de zinc; il convient de ne plus l'employer et de se servir de l'acide phosphorique libre ou combiné qui est absolument inoffensif à doses médicinales que l'on peut donner sous différentes formes.

Nous n'avons pu que résumer très brièvement le volumineux travail de M. Jolly; tous les chapitres sont développés et étudiés avec un soin égal. — P. C.

ESSAI DE PSYCHOLOGIE GÉNÉRALE, par Ch. RICHET. — Paris, F. Alcan, 1887.

Constitués par des cellules, les êtres vivants sont irritables à la façon des corps explosifs, c'est-à-dire que, sous l'influence d'une force très faible, ils dégagent une force considérable par suite de l'énergie latente qu'ils contiennent. L'origine de la force dans les cellules vivantes est vraisemblablement une action chimique, « la vie est une fonction chimique, et la force dégagée par les êtres vivants est une force d'origine chimique. »

Toute force provenant d'un être vivant peut être ramenée à un mouvement, et la complication de ce dernier établit l'échelle physiologique des êtres.

La puissance psychique progresse par sélection naturelle et se transmet par l'hérédité; les premiers êtres qui sont apparus étaient les plus imparfaits, peu à peu de nouveaux organes se sont développés, et il y a eu complication de plus en plus grande. Les actes réflexes fonctionnent d'une manière tellement appropriée à la vie et à la reproduction de l'animal, que l'on serait tenté d'admettre une sagesse supérieure pour diriger le mécanisme; « mais il ne faut pas confondre la cause avec l'effet : la vie des êtres est effet et non cause, et la finalité des actes est la conséquence même de la sélection naturelle. »

La *conscience* qui accompagne l'acte réflexe n'existe qu'en germe chez les animaux, même les plus élevés et n'a acquis tout son développement que chez l'homme; elle est mise en jeu par les mêmes forces qui éveillent l'irritabilité réflexe et est complétée par la mémoire qui augmente considérablement la somme d'énergie latente.

« En définitive, le système nerveux central mérite d'être appelé un appareil d'énergie latente, et cela à deux points de vue : d'abord parce que toutes les excitations extérieures qui l'ont ébranlé s'y sont définitivement accumulées..., ensuite parce que l'appareil intellectuel de l'homme, avec cette prodigieuse mémoire, cette faculté d'idéation, de généralisation et de conscience, est le résultat des efforts lents et patients de la nature pendant des milliers de milliers de siècles... Il est permis d'espérer que le progrès n'est pas achevé. » — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

De l'empoisonnement chronique syphilitique dans la genèse du tabès dorsalis et de la paralysie générale progressive. — Que la paralysie générale progressive et le tabès comptent la syphilis comme maladie antécédente; que l'infection syphilitique ait, dans un grand nombre de cas, une influence notable sur le développement de ces maladies, c'est là une opinion admise par bon nombre d'auteurs. Pour Strumpell, tabès et démence paralytique sont les suites, les produits d'un poison septique que fait naître le processus syphilitique.

Le professeur Th. Rumpf (de Bonn), dans un intéressant article de la *Deutsche med. Wochenschrift* du 8 septembre dernier, combat cette opinion et cherche à établir que les deux maladies nerveuses susmentionnées sont dues, dans les cas où la cause syphilitique peut être invoquée, à l'action directe de foyers virulents.

La thèse de M. Strumpell est basée surtout sur des analogies; il reste fort hypothétique, par exemple, que les paralysies post-diphthéritiques soient causées par un poison chimique plutôt que par les localisations mêmes du virus diphthéritique dans les nerfs et les organes centraux. Qu'on se souvienne des expériences de Curschmann, qui démontre l'existence du bacille typhique dans la moelle allongée.

« Dans mon livre sur les maladies syphilitiques du système nerveux, continue le professeur, j'ai traité la question de savoir si une partie de ces affections ne reconnaissent pas pour cause un poison chimique élaboré dans un foyer local ou produit par l'altération des échanges moléculaires. »

Je crois pouvoir répondre négativement.

Je commence par la paralysie générale progressive :

Il est probable que certains micro organismes démontrés sont la cause de la syphilis; j'ai pu constater des néoformations du même genre dans certaines parties affectées de l'écorce cérébrale. Cependant, cette constatation anatomique ne prendra de valeur réelle que quand cultures et vaccinations auront démontré la nature syphilitique de ces productions. Abstraction faite des microbes, et malgré le grand nombre d'observations anatomo-pathologiques, où la syphilis ne peut être mise en cause comme facteur de la démence paralytique, les constatations contraires ne sont pas absolument rares. A celles déjà connues, j'ai pu en ajouter trois assez intéressantes.

Chez ces trois déments paralytiques avérés dont j'ai publié les observations dans mon livre, deux fois la syphilis était incontestable. Dans le dernier cas, les lésions syphilitiques sont discutables.

Chez mon premier malade, j'ai trouvé une gomme ou, pour mieux dire, une tumeur granulo-syphilitique de l'artère basilaire; la diplopie et la céphalalgie, après avoir duré un certain temps, cédèrent au traitement antisyphilitique. La démence paralytique, survenue quatorze ans après le chancre, affecta la forme ordinaire de la maladie.

A mon second cas, je découvris une rare affection syphilitique : une infiltration gommeuse diffuse de l'écorce cérébrale. A l'inspection à l'œil nu, ces parties corticales ne semblaient présenter rien d'anormal; mais le microscope permit de constater que les éléments nerveux corticaux étaient remplacés par un tissu riche en cellules rondes, agglomérées autour des vaisseaux. Cette affection, que j'appelle infection syphilitique diffuse, je l'ai déjà trouvée et décrite sur la moelle d'un individu atteint d'un tabès type. Je la retrouvai absolument identique dans cette écorce cérébrale.

Au premier abord, je fus très circonspect et montrai une certaine réserve à assigner à cette forme d'infiltration gommeuse une origine syphilitique, mais une étude approfondie m'a démontré, en présence de la structure, de la consistance de la tumeur, que j'étais indubitablement en face d'une néoformation d'une tumeur granuleuse infectieuse; aucune autre cause ni diathèse ne pouvait être invoquée. La syphilis seule avait été constatée chez le malade.

(Je fais passer les préparations microscopiques de ces cerveaux.)

Ma troisième observation m'offrit une lésion tout autre. Ici tous les petits vaisseaux du cerveau étaient épaissis, rétrécis, chargés de matières calcaires, tandis que les vaisseaux d'un plus grand calibre restaient indemnes.

Sans discuter ce cas où l'origine syphilitique est fort probable, en résumant les points principaux de ces quatre observations, on peut soutenir que les altérations vasculaires constatées ne peuvent être considérées comme secondaires et attribuées à la lésion primitive des tissus nerveux. La tumeur de l'artère basilaire n'est pas la conséquence de la démence paralytique. De même, pour le troisième cas, il ne s'agit pas non plus d'une lésion née sous la dépendance de l'atrophie de l'écorce, et je puis exclure pour tous ces exemples l'influence morbide de poisons chimiques ayant pour conséquence une dégénérescence des éléments nerveux. »

Le professeur Rumpf établit une démonstration analogue pour le tabès, et après de nombreuses considérations anatomo-pathologiques, il fait remarquer qu'au point de vue clinique, chaque poussée syphilitique nouvelle sur la peau, les muqueuses ou les os, qui devrait, d'après la théorie septique, avoir la plus désastreuse influence sur le tabès, n'a sur la marche de cette maladie aucune redoutable conséquence.

Il conclut donc que ce n'est pas le poison, la « toxine », conséquence de l'infection syphilitique, mais le virus syphilitique lui-même qui provoque, dans certains cas, le développement de la paralysie générale progressive et du tabès dorsalis. — Ch. S.

De l'épilepsie. (*The Thérapeutic Gazette*, mai 1887.) — L'Académie de médecine de New-York s'est récemment occupée de l'épilepsie, et parmi les affirmations qui se sont produites, nous devons noter comme ayant obtenu l'unanimité l'utilité de l'emploi des toniques et particulièrement de l'huile de foie de morue comme eutrophique du système nerveux central, et, par conséquent, comme agent prophylactique de ses troubles fonctionnels.

Nous devons également noter un travail de Rockwell, l'électro-thérapeute américain, concernant l'emploi de l'électricité dans le traitement de l'épilepsie vraie.

Contrairement à ce qui se produit d'ordinaire en pareil cas, l'auteur ne s'est pas montré enthousiaste à l'excès pour les avantages de son médicament favori, et la réserve de l'expérimentateur, la sage modération de ses conclusions nous engage à les rapporter ici.

1o L'électricité possède une certaine valeur dans le traitement de l'épilepsie. Il n'est rien moins que démontré, et je ne veux pas dire qu'employée seule l'électricité puisse en aucun cas guérir l'épilepsie vraie; mais quand on la combine avec le traitement bromuré, ses effets favorables sont évidents; il est un certain nombre de malades qui, sous cette double influence, peuvent guérir, tandis que, sans cette combinaison, on n'obtiendrait seulement qu'une amélioration plus ou moins marquée

2° Les bons effets de l'électricité s'observent spécialement dans les cas à accès nocturnes, bien que l'on puisse également prévenir ou diminuer les attaques diurnes.

3° Les méthodes d'électrisation les plus efficaces ont été : la galvanisation centrale et la faradisation généralisée.

4° Alors même que l'électricité échoue au point de vue curatif, son emploi sous forme de galvanisation générale se montre souvent efficace en soulageant et en diminuant l'intensité d'une foule de symptômes ou accidents nerveux concomitants assez difficiles à préciser en raison de leur variété, mais qu'on peut grouper sous le nom de neurasthéniques.

5° La tolérance pour les bromures peut être augmentée, et l'apparition de l'acné bromique modérée par l'emploi systématique de l'électricité.

6e Le traitement électrique exige, pour être mis en œuvre, du soin et du jugement. *Toute interruption de courant* dans la galvanisation centrale doit être *rigoureusement évitée*, car la secousse qui en résulte est susceptible de hâter ou de provoquer l'explosion d'une attaque d'épilepsie.

On connaît déjà les bons effets eutrophiques et sédatifs nerveux de la méthode d'électrisation dite de Béard et de Rockwell par leurs procédés particuliers de galvanisation centrale ou de faradisation généralisée unipolaire positive, mais on ne saurait trop insister sur les dangers auxquels exposent les secousses résultant de la rupture ou des ouvertures brusques des courants, secousses qui peuvent survenir d'une façon toute fortuite, si on ne prend pas les plus grandes précautions contre la production des solutions de continuité dans le courant ou si on emploie des instruments imparfaits.

L. Dn.

FORMULAIRE

Traitement de la syphilis tertiaire. — Diday.

Dans les accidents syphilitiques tertiaires, tels, que: ecthymas ulcérés du bas des jambes, nodus de la région cubitale, rhinite puro-sanguinolente, l'auteur prescrit un gramme d'iodure de potassium chaque jour, à prendre en 2 doses, matin et soir. Si au bout d'une semaine, l'amélioration a été nulle ou insignifiante, ou bien si, après s'être manifestée, elle ne continue pas, on double et, s'il le faut, au bout de 8 autres jours, on triple la dose du remède. Il est rarement nécessaire d'aller au delà. — Si l'on suppose les

mêmes ecthymas à l'état de récidive, des gommes menaçant de s'ulcérer, des douleurs ostéoscopes torturantes, une exostose comprimant la moelle, il y a lieu de prescrire le traitement suivant :

Boire, matin et soir, un verre d'eau auquel on ajoute une cuillerée à bouche de la solution ci-dessous : iodure de potassium 50 gram., eau distillée 500 grammes. Tous les 5 jours, on augmente chaque dose d'une cuillerée, et on continue ainsi, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à en prendre 5 le matin et 5 le soir. On continue à cette dose pendant un mois, puis on diminue le remède, selon la même graduation. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le docteur Pannoli est nommé suppléant à la chaire de chirurgie de l'Université de Prague.

Le professeur Landois, de l'Université de Greifswald, est nommé conseiller médical intime.

Le professeur Finkle remplace le docteur Léo à l'hôpital Friedrich Wilhelm.

Le professeur Klebs (de Zurich) a reçu de l'Union centrale des médecins de Bohême le titre de membre honoraire.

Choléra. — Du 12 au 15 septembre le nombre des cas de choléra à Rome s'est élevé à 56.

A *Messine*, on comptait jusqu'au 1er septembre 68 cas et 42 décès. Jusqu'au 10 septembre, l'état sanitaire s'était montré assez bon quand une recrudescence subite s'est déclarée produisant 18 cas nouveaux en un jour. Bref, le nombre total des atteintes s'est élevé dans cette province jusqu'au 15 septembre à 253, sur lesquelles on note 113 morts.

A *Palerme* les 5 premiers jours de septembre causèrent 61 attaques et 34 victimes.

A *Catane*, l'épidémie touche à sa fin.

Aux *Indes*, depuis nos dernières publications, le mal asiatique a encore frappé 1,293 personnes.

L'eau a Berlin. — D'après l'annuaire statistique de Berlin (XIIe année) la ration d'eau dans la capitale prussienne est de 64 litres 49 centil. par habitant et par jour. La population ne reçoit que 82,02 p. 100 de la quantité d'eau dont dispose l'administration. Une perte de 6,70 p. 100 est occasionnée par les fuites et les réparations des conduits. Une quantité de 2 p. 100 environ est fournie au service des égouts, et 7,45 p. 100 passe à l'alimentation des monuments publics, etc. — Ch. S.

COURRIER

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours pour onze places d'internes titulaires, aura lieu le lundi 10 octobre 1887, à quatre heures.

Le concours pour dix places d'externes titulaires aura lieu le mardi 11 octobre 1887, à quatre heures.

— Un concours sera ouvert, à la pharmacie centrale des hospices civils de Reims, pour la nomination de quatre internes en pharmacie.

École de médecine d'Alger. — M. le docteur Sabadini est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Cochez, appelé à d'autres fonctions.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Théophile Le Gros (d'Argentan); Delacroix (de Châlons); Flamant (de Rilly-la-Montagne), et de Gaulejac (d'Agen), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Antisepsie prophylactique des dents.

Parmi les microbes si nombreux qui habitent la bouche, il en est qui n'ont aucune action fâcheuse sur les dents et d'autres qui peuvent leur être très nuisibles.

MM. Galippe et Malassez ont décrit un parasite qui serait la cause de la périostite alvéolo-dentaire. Ce micro-organisme ne peut naturellement rien contre la dent recouverte de son émail; mais, si la gencive vient à se séparer du collet, par l'interstice les microbes s'introduisent, provoquent le décollement du périoste alvéolaire et de la racine, pénètrent dans les canalicules dentaire, dans le canal radiculaire. Les observateurs précités les ont vus dans les canalicules de la dentine comme dans le pus des périostites dentaires.

La nature parasitaire de la périostite alvéolo-dentaire et de la gingivite expulsive est encore attestée par sa contagiosité; nous tenons d'un dentiste qu'il a soigné une femme galante dont la bouche était saine, mais qui se mit à perdre ses dents après avoir pris un protecteur atteint lui-même de gingivite expulsive.

Pour prévenir la périostite, il faut d'abord écarter la cause occasionnelle ordinaire du décollement de la gencive, c'est-à-dire l'accumulation du tartre. Quand la suppuration a commencé, on fait des applications de sublimé à 3 ou 4 p. 1,000. On peut encore cautériser avec un pinceau trempé dans l'acide phénique concentré, puis faire faire des lavages fréquents avec une solution comme celle-ci :

Acide benzoïque	3 grammes.
Acide thymique	0 gr. 10 centigr.
Teinture d'eucalyptus	10 grammes.
Eau	1000 —

La carie dentaire est certainement d'origine microbienne. Nous n'avons pas à entrer ici dans le détail du traitement; mais on sait que les substances les plus employées contre elles sont des antiseptiques, la créosote, le benjoin.

Miller (1) dit que le premier stade de la carie dentaire est constitué par une décalcification du tissu de la dent, résultat chimique de la présence des acides produits par les fermentations de la bouche; mais, dans un second stade, ce sont les micro-organismes qui pénètrent dans le tissu ramolli de la dent et le détruisent. L'auteur a trouvé dans les dents cariées cinq espèces de microbes (microcoques isolés ou en chapelets, bacilles, filaments) ayant tous la propriété de faire fermenter des solutions hydrocarbonées. Mais parmi les divers microbes en chapelets, il en est un que Miller désigne par la lettre α; il existe à peu près constamment dans la bouche, et Miller le rend surtout responsable de la carie dentaire.

(1) *Gæhrungsvorgange in menschlichen Munde*, in *Wiener mediz. Woehen.*, 1885.

En exposant des dents saines à l'action des microcoques qu'il a isolés, Miller a vu que leur tissu commençait à se ramollir au bout d'une semaine; au bout de deux, les canalicules de la dentine étaient pleins de microbes; après trois semaines, on constatait toutes les lésions de la carie dentaire.

Naturellement, à une période avancée de la carie, les cavités pleines de produits putrides, les fistules périostiques alvéolaires fourmillent de micro-organismes de tout genre, les microbes de la suppuration et ceux de la putréfaction donnant chacun leur note (abcès, fétidité de l'haleine).

D'après Miller, le sublimé arrête la fermentation acide du début de la carie dentaire en solution très faible (1 p. 500,000).

On peut presque affirmer que, si on prenait dès la naissance tous les soins nécessaires de la bouche, sans les discontinuer pendant l'enfance et l'adolescence, tout adulte aurait des dents saines. Malheureusement, par suite de la négligence des familles, on ne songe presque jamais à s'inquiéter de l'état des dents avant l'apparition de la seconde dentition.

Dès que l'enfant commence à s'alimenter avec des aliments solides, c'est-à-dire laissant des résidus dans les interstices des dents, on devrait, par des lavages après chaque repas, chasser ces résidus; puis apprendre à l'enfant, dès qu'il est en état de le faire lui-même, à se rincer soigneusement la bouche non seulement après chaque repas, mais chaque fois qu'il a mangé entre les repas du pain, des gâteaux et des sucreries. Galippe pense que le pain bis et un peu dur vaut mieux pour les enfants que le pain blanc et mollet; car, outre l'avantage d'être plus riche en éléments minéraux (acide phosphorique, chaux, magnésie), il agit mécaniquement d'une façon favorable sur les dents.

Beaucoup de parents se disent que, les dents de lait étant destinées à disparaître, il importe peu qu'elles soient cariées. C'est une grave erreur. D'abord, leur carie cause à l'enfant des douleurs, des complications analogues à celles qui accompagnent la carie des dents permanentes. Si on est obligé d'arracher prématurément les dents de lait cariées, le développement des maxillaires est entravé, et la pousse des dents permanentes s'accomplit irrégulièrement. — Les maîtres chargés de surveiller la toilettedes collégiens devraient s'assurer que chacun d'eux a une brosse à dents et en fait usage. La brosse sera en soies flexibles, pas assez dure pour faire saigner les gencives; une poudre composée de craie lavée additionnée ou non de chlorate de potasse porphyrisé suffira.

Les soins de la bouche sont considérés trop généralement comme une coquetterie, et l'idée ne vient guère au collégien de se servir régulièrement de la brosse à dents que quand il commence à se préoccuper de la forme de son faux-col ou de son nœud de cravate.

Aussi la fréquence de la carie dentaire chez les écoliers est-elle grande. Sur 169 écoliers de 8 à 17 ans, Sher a trouvé 189 dents cariées; les deuxième et troisième molaires inférieures étaient les plus fréquemment atteintes.

C'est surtout en cas de maladie qu'on doit surveiller avec sollicitude la propreté des dents; dans la plupart des maladies fébriles, la salive devient acide, les enduits saburraux constitués par des amas de cellules organiques en voie de décomposition offrent un terrain de pullulation aux microbes. On devra donc, deux fois par jour, laver soigneusement la bouche et nettoyer les dents avec une solution alcaline.

Certains sujets doivent avoir un soin particulièrement minutieux de leurs dents; les diabétiques, par exemple.

P. Le Gendre.

Association française pour l'avancement des sciences.

SEIZIÈME SESSION A TOULOUSE DU 22 AU 29 SEPTEMBRE.

Séance du 28 septembre.

M. le docteur Salet (de Saint-Germain-en-Laye) a fait, sur l'action de la cocaïne associée aux alcalins et à de faibles doses de morphine, des recherches dans le traitement des affections de l'estomac et du tube digestif. De ces recherches expérimentales et cliniques, il paraît résulter : 1° que la cocaïne exerce sur la muqueuse de l'estomac et des voies digestives une action aussi certaine que sur les muqueuses des cavités en contact avec l'air extérieur; — 2° que, pour que cette action soit aussi complète que possible, il faut faciliter l'imprégnation de la muqueuse gastrique, en favorisant les sécrétions gastro-intestinales; de là, association de la cocaïne aux alcalins; — 3° que pour que cette action ait son maximum de durée, il faut ajouter à ce mélange de très légères doses de morphine.

Nous prions nos lecteurs de rapprocher cette communication de celles qui ont été faites sur le même sujet dans une séance précédente par MM. d'Ardennes et Cunéo.

M. le docteur Charazac (de Toulouse) a observé un cas intéressant d'expulsion spontanée de polype du larynx suivie de guérison. Il s'agit d'une femme de 31 ans, envoyée à Luchon en 1883 pour des douleurs rhumatismales et de la raucité de la voix datant de dix ans environ. A l'examen laryngoscopique, le docteur Ferras, qui la voit, constate dans le larynx un polype de la grosseur d'une petite fraise, mamelonnée, et dont le volume empêche de determiner exactement le point d'implantation. La tumeur présente un aspect muriforme, sa consistance est ferme au toucher et à la sonde laryngée. Le polype va grandissant pendant plusieurs années et la gêne respiratoire était devenue très considérable, en même temps que la voix avait complètement disparu. Pendant l'hiver 1886, la malade, prise d'un violent accès de toux, rejette dans son mouchoir la masse charnue qui constituait le polype laryngé. Le laryngoscope montre le larynx normal, à l'exception du tiers antérieur de la corde vocale droite qui présente la trace parfaitement nette du point d'insertion de la tumeur. Il existe encore un reste de pédicule filiforme. La malade respire parfaitement, la voix est assez nette. Six mois plus tard, toute trace de tumeur avait disparu du larynx. M. Charazac n'a trouvé dans la science que deux ou trois cas authentiques de pareille terminaison de polype du larynx.

M. Bézy a observé un cas d'expulsion spontanée de polype des voies aériennes, siégeant probablement plus bas que le larynx; mais il existait plusieurs ramifications, et l'une d'elles fit périr le malade par asphyxie.

M. le docteur Albert Hénocque a étudié à nouveau les applications de l'hématoscopie à la thérapeutique et à la médecine légale. La méthode qu'il emploie fait reconnaître la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang et aussi la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine dans le pouce; du rapport de ces deux facteurs, on déduit l'activité des échanges entre les tissus et le sang. Les variations de ces divers éléments sont importantes à étudier dans les médications.

L'action du fer peut être prononcée en quelques jours, comme le démontre l'augmentation de l'activité de l'oxyhémoglobine. L'iodure de sodium améliore les emphysémateux en diminuant la quantité d'oxyhémoglobine. L'acétanilide diminue cette quantité et l'activité de la réduction jusqu'à 8 p. 100 au moment où il faut cesser le traitement.

Le froid, employé localement, agit en diminuant l'activité de moitié; en douche, il augmente l'activité de réduction. Les bains chauds augmentent l'activité des échanges; les bains de piscine à Aix, à Saint-Honoré, la doublent, la douche chaude d'Aix avec massage l'augmente encore plus. Les eaux chlorurées sodiques de Salies de Béarn agissent diversement suivant le degré de concentration.

Au point de vue médico-légal, M. Hénocque a démontré la présence de l'hémoglobine oxycarbonée dans le sang par des caractères simplement spectroscopiques. Il présente un nouvel hématospectroscope démontable, fabriqué par M. Lutz.

M. le professeur Ollier a cherché à éviter les difficultés qu'éprouvent la plupart des chirurgiens dans les pansements consécutifs à la résection du genou en rendant ces pansements aussi rares que possible. Il est arrivé à la solution de ce problème en réalisant plusieurs conditions pendant l'opération et dans le pansement.

Grâce à l'iodoforme, il a, depuis un an, pratiqué dix résections du genou qui ont donné aux opérés un membre aussi solide qu'après la fracture du fémur, en un temps variable de trente jours pour les enfants, à soixante jours pour les adultes. Voici comment il procède :

Dans l'opération, il s'efforce de conserver les ligaments latéraux, ou un manchon fibreux plus ou moins complet qui permet une synostose plus facile et plus rapide, et une solidité plus grande du membre. Il fait une incision en H, à branche transversale en avant.

Dans le pansement, il se propose d'avoir une antisepsie parfaite, qui permette de ne faire que des pansements rares; un drainage qui ne laisse pas d'anfractuosités et permette la réunion par première intention. Pour cela, M. Ollier met un drain en arrière, un en avant, allant jusqu'au fond du cul-de-sac sous-tricipital et deux drains latéraux. Les drains sont roulés dans l'iodoforme pour être aussi aseptiques que possible, sans provoquer d'accidents d'intoxication; il ne met d'iodoforme que sur les plaies extérieures.

L'appareil d'immobilisation se compose d'une attelle plâtrée postérieure, qui recouvre le pansement de l'opération. Comme il y a antisepsie parfaite et absence de suppuration, l'attelle peut rester en place aussi longtemps qu'il est nécessaire pour la consolidation des os; on n'enlève l'appareil que lorsqu'on croit la consolidation suffisante

Dans les dix cas qu'il a opérés, M. Ollier n'a enlevé le pansement dans les premiers jours qu'une seule fois, alors qu'il n'était pas encore familiarisé avec le processus consécutif à cette manière de faire. Il était survenu au troisième jour une élévation de la température à 40° due peut-être à l'iodisme fébrile, et il enleva l'appareil; il s'en repentit en voyant l'aspect de la plaie, qui était absolument satisfaisant. Aussi, dans un autre cas, où il y eut élévation de la température alors que la langue restait humide et la plaie indolente, il temporisa jusqu'au treizième jour; alors la fièvre tomba, M. Ollier laissa les choses en place. Dans les autres cas, il n'a pas enlevé l'appareil et les drains avant le cinquantième jour, et il n'a eu qu'à s'en louer.

En résumé, le pansement de la résection du genou est une source de difficultés pour les chirurgiens, à cause de l'immobilisation consécutive, pour laquelle on a inventé d'innombrables appareils; on peut n'employer qu'un seul appareil, l'attelle plâtrée, à la condition de réaliser une antisepsie parfaite qui permette de laisser le tout en place jusqu'à ce que la consolidation soit effectuée; pour cela, il faut panser la plaie à l'iodoforme, le meilleur antiseptique qui soit actuellement à la disposition des chirurgiens.

M. Pamard (d'Avignon) a pratiqué deux résections sous-périostées du coude avec succès. La première fois, chez une jeune femme atteinte depuis longtemps d'une ostéearthrite indolente, et où on intervint par crainte d'accidents généraux; on fit l'incision d'Ollier, en baïonnette; aucun accident à noter dans l'opération. Les suites furent bénignes, bien qu'on eût laissé pendant trois semaines un tampon d'iodoforme dans le fond de la plaie. Tous les mouvements du coude sont actuellement conservés.

La seconde opération fut faite sur une fille d'une quinzaine d'années, chétive, de petite taille, et menacée de mort à brève échéance. L'intervention était urgente. On mit à nu les surfaces ramollies et fongueuses de l'articulatiou, tout ce qui put être détaché fut enlevé avec la curette, et on enleva un fragment de 10 à 12 centimètres du cubitus. Le résultat ne fut pas aussi brillant que le précedent, peut-être parce qu'on oublia de mettre un drain postérieur; la suppuration envahit toute la plaie en quelques jours; il fallut inciser, laver et drainer le foyer; cependant les suites définitives furent plus heureuses encore que dans le cas précédent, car non seulement l'articulation recouvra tous ses mouvements, mais la santé générale s'améliora considérablement; l'enfant grandit, et, un an après, était devenue une belle et robuste jeune fille.

M. Maréchal (de Brest) rapporte une observation de résection du coude pour trau-

matisme, dont les résultats furent si merveilleux, qu'au conseil de revision on faillit déclarer l'opéré bon pour le service.

M. Jeannel cite un cas dont les résultats furent moins bons, car le membre n'a aucune solidité, l'articulation ayant les mouvements de polichinelle.

On se rappelle la communication faite par M. Verneuil sur le traitement de certaines hémorrhagies spontanées, surtout les épistaxis, chez des sujets atteints d'une affection du foie, par l'application d'un large vésicatoire sur la région hépatique. J'ai communiqué au Congrès plusieurs cas nouveaux du même genre observés par M. Verneuil ou à lui adressés, ou extraits d'un mémoire de M. Alexander Harkin (de Belfast); M. Verneuil avait d'ailleurs pratiqué la révulsion, vers 1875, chez des sujets atteints de flux hémorrhoïdal abondant, au moyen de douches froides dirigées sur le foie hypertrophié, et il avait obtenu non seulement la cessation de l'hémorrhagie, mais encore le retrait des hémorrhoïdes et la guérison de l'affection du foie, ou du moins une amélioration considérable.

Les observations nouvelles, dues à MM. Tachard (de Colombes), Sales (de Boulogne), Gérard Marchant, sont encore relatives à des épistaxis; parmi celles de M. Harkin, une concerne une hémorrhagie de la lèvre inférieure, d'origine spontanée, deux des épistaxis et trois le flux hémorrhoïdal; elles confirment toutes la manière de voir de M. Verneuil. Celles-ci s'est encore trouvée vérifiée par un fait de son service; une malade atteinte d'hémorrhagie secondaire, survenue dans un foyer en suppuration, et traitée sans succès par les moyens ordidaires, fut soupçonnée de présenter une affection hépatique, que l'examen fit constater; cette donnée fit appliquer sur l'hypochondre droit un large vésicatoire, qui fit cesser définitivement l'hémorrhagie.

M. Arnaud de Fabre (d'Avignon) a observé que, dans certaines conditions (application directe plus ou moins immédiate sur le centre cérébral, après trépanation), l'atropine en solution, à dose relativement faible, agit sur le lapin conformément aux lois physiologiques générales, et amène des convulsions à marche particulière. Ces observations lui paraissent pouvoir être utilisées dans les recherches physiologiques et toxicologiques.

M. le docteur Etienne (de Toulouse) présente un aperçu critique de l'histoire des paraplégies urinaires, montre que les exemples cités par les auteurs sont le plus souvent incomplets, erronés, alors que Civiale, Mercier, Thompson, Guyon gardent le silence sur cette question; puis, s'appuyant sur les faits cliniques et sur la physiologie pathologique et expérimentale, il conclut à l'existence de ces paraplégies, mais à leur excessive rareté.

M. le docteur Montaz (de Grenoble) fait l'exposé d'un mode de début fréquent et non décrit de l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë. Un sujet contracte la blennorrhagie ou a une uréthrite chronique blennorrhagique; son état général est variable, avec accidents de tuberculose ou non. Survient une épididymite blennorrhagique. Au bout de quinze jours ou trois semaines, alors qu'on a compté sur la guérison, on trouve le testicule douloureux; puis des points se ramollissent, et il survient des abcès et des fistules. C'est donc une épididymite blennorrhagique qui est devenue tuberculeuse; c'est une forme à laquelle M. Montaz propose de donner le nom d'*hybridité blenno-tuberculeuse*. Les auteurs parlent bien de la blennorrhagie et de l'épididymite comme causes occasionnelles, lointaines, de l'orchite tuberculeuse, mais ils ne signalent pas cette succession sans ligne de démarcation, cette hybridité.

M. le docteur Tachard, chirurgien de l'hôtel de Invalides, fait remarquer que, quoique toutes les observations chirurgicales publiées actuellement débutent le plus souvent par ces mots : « Toutes les précautions antiseptiques ont été prises, la méthode de Lister est mal ou très incomplètement pratiquée par la majorité des chirurgiens », de nombreuses fautes, petites ou grosses, sont commises sans qu'on se rende compte de leur importance, et c'est à elles qu'il faut attribuer le plus souvent la suppuration des plaies et l'échec de la réunion immédiate, comme M. Tachard en cite plusieurs exemples.

M. le docteur Serres (d'Auch) communique un cas de hernie étranglée, inguino-

crurale, chez une femme de 69 ans, et qu'il dut traiter par l'entérectomie, suivie de guérison. Le taxis, les applications de glace, la compression élastique, les injections de morphine n'ayant donné aucun résultat, on eut recours à la kélotomie. La lésion d'une veine sous-cutanée donne lieu à une hémorrhagie assez considérable qui est arrêtée avec des pinces. On arrive assez vite sur la hernie. Une large incision précédée d'une ponction avec un trocart capillaire n'ayant donné issue ni à des gaz ni à des ma-matière fécales, on fait un débridement en haut et en dedans, et aussitôt il s'écoule des gaz et des matières fécales liquides par une perforation de 3 ou 4 millimètres de largeur, située au niveau de l'étranglement. Au-dessous, l'intestin est rétréci et ne permet même pas l'introduction du petit doigt; on résèque 7 ou 8 centimètres d'intestin et on réunit les deux extrémités par plusieurs points de sutures (procédé de Lembert). Toilette de l'intestin avec la solution phéniquée forte; pansement de Lister; champagne frappé. Les suites immédiates de l'opération furent favorables; mais le sixième jour il y eut une hémorrhagie veineuse considérable qui fut arrêtée par deux ligatures. Déjà, le cinquième jour, des gaz furent rendus par l'anus, et le onzième jour survint une véritable débâcle. L'opérée alla ensuite de mieux en mieux et se rétablit complètement.

M. le docteur Jeannel (de Toulouse) fait une communication sur le traitement de l'anus contre nature et des fistules pyo-stercorales.

A la suite des hernies étranglées abandonnées à elles-mêmes ou brutalisées par d'intempestives manœuvres, de véritables fistules pyo-stercorales, possédant la constitution classique, peuvent s'établir. Ces fistules sont justiciables de la méthode opératoire préconisée par M. le professeur Verneuil. Les deux observations que j'ai l'honneur de communiquer au Congrès en font foi. Dans la première, la guérison a été obtenue au bout d'un an. Dans la seconde, la fistule était définitivement fermée au bout de trois mois. Il est évident que, en pareil cas, la gravité des fistules n'égale pas celles des fistules consécutives à des phlegmons étendus et profonds.

Je communique, en outre, au Congrès une observation d'anus contre nature consécutif à une hernie étranglée, traité en vain par l'entérotomie et la compression, facilement guéri enfin par l'entérorrhaphie. L'intestin fut décollé de ses adhérences à la paroi abdominale; l'anus fut artificiellement ou temporairement obturé par l'application d'une pince en T pendant l'opération, toutes précautions antiseptiques requises étant d'ailleurs prises. L'intestin une fois décollé, sans que la cavité péritonéale eût été ouverte, une simple suture de Lembert, appliquée sur la face péritonéale de l'intestin, ferma exactement l'anus, dont les lèvres furent d'ailleurs réséquées. La plaie cutanée fut en outre exactement réunie.

Je soumets enfin au Congrès une observation de fistule stercorale ombilicale, consécutive à une obstruction, améliorée trois mois après, sinon terminée, par l'expulsion spontanée d'un noyau de cerise. L'expectation constitua tout le traitement.

Le docteur Terson a voulu profiter de la publicité donnée aux travaux du Congrès pour rappeler que la Société de médecine de Toulouse a choisi pour sujet du prix Gaussail, à décerner en 1889, la question suivante : *Etude des accidents oculaires imputables à la syphilis et de leur traitement.* Cet appel s'adresse aux ophthalmologistes et aux syphiliographes; car la fréquence et la diversité des accidents oculaires sont grandes dans la syphilis acquise comme dans la syphilis héréditaire. Ces accidents sont graves par suite de la délicatesse extrême des tissus atteints, et cette particularité exige une guérison très rapide et sans transformation notable des éléments anatomiques normaux.

De ces considérations il est aisé de conclure à l'importance exceptionnelle de l'étude de la syphilis oculaire pour la fixation définitive du meilleur traitement de la syphilis en général. De là découle aussi naturellement la recherche du meilleur mode d'administration du mercure.

On sait que M. Balzer a récemment saisi la Société médicale des hôpitaux de Paris des bons résultats qu'il a obtenus par les injections sous-cutanées de calomel en suspension dans l'huile de vaseline.

La lecture de ce travail a donné lieu à une discussion très intéressante par la haute compétence de ceux qui y ont pris part; mais la discussion a révélé une divergence très

marquée des opinions émises, quant au meilleur mode d'administration du mercure, soit par la voie stomacale, soit par la voie cutanée, soit par l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, de préparations mercurielles solubles ou insolubles. Il y a donc encore en ce moment une véritable anarchie au point de vue de la meilleure thérapeutique à opposer à la syphilis.

Sans avoir eu l'intention de creuser à fond ce sujet, M. Terson a désiré seulement rappeler l'attention du monde médical sur cette question si importante et non encore résolue, et amener, si c'est possible, de nouvelles études que la Société de médecine de Toulouse serait satisfaite d'avoir provoquées. L.-H. Petit.

BIBLIOTHÈQUE

La tuberculose des animaux et la phthisie humaine, par G. Butel. Paris, Asselin et Houzeau, 1887.

M. Butel établit tout d'abord que, dans un grand nombre de cas, toutes les parties d'un animal tuberculeux peuvent transmettre la maladie et montre que la contagion de la tuberculose sous toutes ses formes a été bien prouvée. La chaleur telle qu'elle est appliquée dans la cuisson des aliments destinés à être servis sur les tables n'est pas capable de détruire les bacilles que peut renfermer la viande. Donc l'alimentation avec des produits, lait ou viande, provenant d'animaux tuberculeux est une grande cause, peut-être la principale, de la phthisie de l'homme ».

Comment sauvegarder la santé publique? Dans ce but, l'auteur propose les mesures suivantes :

1° Il faut inscrire la tuberculose dans la loi parmi les maladies contagieuses qui ressortissent à la police sanitaire, et l'administration supérieure devrait prendre les mesures les plus sévères pour s'opposer à la contagion de la phthisie des animaux à l'homme;

2° Puisque la phthisie est contagieuse des animaux à l'homme et transmissible par hérédité; que, de plus, une fois déclarée, elle conduit lentement, mais presque fatalement à la mort l'animal qui en est affecté, la première mesure à prendre pour sauvegarder les intérêts aussi bien de l'agriculture que de l'hygiène publique serait l'*abatage impitoyable* de tout animal reconnu atteint de phthisie, sous la réserve toutefois d'une juste indemnité;

3° La surveillance des vacheries devrait être périodique pour permettre de saisir aussitôt tout animal tuberculeux;

4° Toutes les viandes provenant des animaux phthisiques *devraient être saisies*, quel que fût le degré de la maladie de l'animal abattu, parce que cette mesure est l'unique moyen de prévenir sûrement le danger et que, contrairement à la saisie restreinte, elle est d'une application facile dans les abattoirs;

5° On devrait accorder une juste et préalable indemnité aux propriétaires des animaux abattus ou saisis;

6° Enfin, l'administration devrait étudier l'*organisation d'un service permanent* qui placerait sous la surveillance d'un vétérinaire sanitaire les abattoirs publics et les tueries particulières situées dans son rayon, — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Empoisonnement par une morsure d'araignée. — Le docteur G. W. Squires, de East Avon, N.-Y., a communiqué le cas suivant au *Medical Record*, 13 août 1887 : Lula B., âgée de 20 ans, étant dans un jardin, sentit quelque chose qui rampait sur son cou, et, avant qu'elle pût s'en délivrer en y portant la main, elle fut piquée. La douleur fut si vive qu'elle eut presque une défaillance. Elle rentra en hâte dans la maison, mais avant qu'on pût reconnaître la cause de son mal, elle fut mordue une seconde fois à l'autre

côté du cou. Alors, sa mère trouva une petite araignée, blanche, à corps mou, dont l'écrasement produisit une odeur nauséabonde. La jeune fille fut prise immédiatement de vertige, de nausées et de prostration. Les pupilles devinrent largement dilatées, la langue épaisse et gonflée ; il survint une sensation de contriction à la gorge, avec difficulté pour avaler et menace d'étranglement. Il semblait à la patiente que sa tête était augmentée de volume, des éclats lumineux lui passaient devant les yeux, et elle éprouvait des élancements douloureux dans tout son corps. En dix minutes son cou fut considérablement tuméfié, et son cœur battait comme à la suite d'une commotion violente. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'on put la tenir éveillée. On appliqua tout de suite une forte teinture d'iode sur les morsures, et on donna des stimulants à l'intérieur. L'application locale parut arrêter une absorption ultérieure du poison, mais ce ne fut qu'après trois heures que la blessée put se tenir sur son séant, et elle resta misérable pendant plusieurs jours. — Ce fait est un de ceux qu'on ne saurait trop mettre sous les yeux des praticiens. Nous venons, nous-même, d'observer le cas d'une jeune fille qui, dans une cabine, sur le bord de la mer, a été mordue par une araignée sur le dos de la main gauche. La morsure, qui a été douloureuse, n'a donné lieu à aucun symptôme général appréciable, mais elle a été suivie d'une tuméfaction de toute cette région avec rougeur, et a laissé une cicatrice encore visible après plusieurs jours. — R.

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité du fer comme adjuvant dans le traitement de certaines dyspepsies.

Par le docteur Albert Blondel, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Rien de si fréquent que les troubles dyspeptiques. Si fréquents que Beau en faisait la clé de voûte de la pathologie tout entière, en quoi il ne faisait qu'exagérer le nombre des dyspepsies initiales alors qu'en réalité ce trouble fonctionnel n'est que le résultat le plus souvent secondaire d'autres états morbides. Dyspepsie, en effet, n'est guère qu'un mot, une entité factice qui n'acquiert sa valeur qu'autant qu'il est placé dans le cadre pathologique dont il est la résultante.

Notre but ne saurait être ici de passer en revue l'interminable nomenclature des formes et des espèces de dyspepsies classées ordinairement d'après le symptôme prédominant qui leur a donné naissance. Nous voudrions seulement insister en quelques mots sur la fréquence, la fatalité, dirions-nous volontiers, des dyspepsies liées à une altération de la qualité globulaire. « Les dyspepsies ont le double privilège d'être à la « fois causes et symptômes des anémies. En tant que causes, elles produisent les ané- « mies d'inanition ; en tant que signes des anémies en général, elles contribuent souvent « à aggraver l'état des malades. » (Professeur Sée.) En effet, d'une part, l'anémie influe fâcheusement sur la fonction digestive en ne fournissant qu'un suc gastrique d'autant plus pauvre que l'anémie est plus prononcée ; d'autre part, et après un temps plus ou moins long, l'inanitiation morbide due à une dyspepsie de cause initiale quelconque conduit à de l'aglobulie qui se manifeste par les symptômes ordinaires de décoloration des tissus, les bourdonnements d'oreilles, palpitations, etc.

Cette altération de la constitution intime de la masse sanguine ne paraît pas d'ailleurs uniquement due à de la lésion globulaire. Beau voyait trois formes d'anémie chez les dyspeptiques : l'anémie globulaire, l'anémie albumineuse et l'anémie fibrineuse. D'après le professeur Sée, l'albumine seule subit un déchet très rapide. Elle peut diminuer de près de 50 p. 100, et cela dès les premiers jours. Ce qui semblerait établir ses propriétés nutritives au premier chef.

Et maintenant, s'il est admis que la dyspepsie provoque fatalement de l'anémie qui vient compliquer l'état morbide et précipiter la chute de l'organisme, il paraît assez naturel de faire entrer le fer comme adjuvant de la médication si variée des dyspepsies. La grande difficulté, nous ne saurions le dissimuler, est de pouvoir faire absorber ce

médicament par un organisme placé dans de si précaires conditions de réceptivité médicamenteuse.

On se trouve, en effet, dans ce cercle vicieux d'un estomac dont l'état morbide a été la cause des altérations de nutrition, et qui cependant doit bien fonctionner pour réparer les pertes de l'économie et relever l'énergie constitutionnelle. Si le problème est peu aisé, il en ressort au moins nettement cette indication majeure de faire choix d'un ferrugineux d'assimilation très facile. Pour nous qui avons expérimenté nombre de préparations ferrugineuses, nous nous sommes si souvent heurté à des accidents d'intolérance, action topique aggressive, constipation, etc., qu'il ne nous paraît ni superflu ni déplacé de signaler une préparation dont nous avons toujours recueilli de grands bénéfices : l'albuminate de fer. Ainsi combiné à une substance protéique, le fer est pour ainsi dire déjà en partie digéré et son absorption rendue par suite des plus faciles. En outre, cette combinaison du fer avec l'albumine nous paraît remarquablement heureuse pour combattre l'altération du liquide sanguin qui, en outre de sa lésion globulaire, réside aussi, ainsi que nous venons de le rappeler, dans une notable diminution de l'albumine.

Nous nous expliquons donc aisément les bons résultats produits par ce ferrugineux introduit depuis quelque temps déjà dans la thérapeutique par M. Laprade, dont les récents travaux sur ce sujet paraissent avoir réalisé un progrès sérieux dans la thérapeutique martiale.

Il n'est pas inutile d'ajouter que, dans la *liqueur de Laprade,* l'albuminate de fer est associé au sirop d'écorces d'oranges amères dont l'effet est des plus avantageux pour combattre l'atonie de l'estomac. De plus, l'administration à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chaque repas, chaque cuillerée ne contenant que 0 gr. 05 de métal *assimilable,* met à l'abri de ces troubles trop facilement déterminés par l'administration du fer à dose massive.

Rappelons, en terminant, que le succès obtenu dans ces dernières années par cette préparation dans la thérapeutique gynécologique, et spécialement contre les irrégularités de la menstruation, s'explique facilement si l'on considère que la chlorose, qui s'accompagne presque toujours de dyspepsie, n'est elle-même le plus souvent qu'une anémie dépendant des fonctions génitales.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidatures, pour la section de pathologie chirurgicale, de MM. Horteloup, Le Dentu et Terrillon;

2° Une lettre de candidature, pour le titre de correspondant national, de M. le docteur Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille;

3° Une lettre de M. le docteur Garcin, à propos de la réclamation de M. Seiler;

4° Une lettre de M. le docteur Sandras, sur les altérations de la voix produites par l'acide fluorhydrique. (Renvoyé à une commission composée de MM. Féréol, Proust et Hérard.)

M. HARDY tient à présenter quelques remarques au sujet de la communication faite par M. Verneuil, à la dernière séance, sur les *ulcérations imaginaires de la langue.* Il lui a souvent été donné de voir des malades se plaignant de douleurs vives de la langue ou de la bouche, sans qu'il fût possible de découvrir la moindre ulcération. M. Verneuil a rencontré des faits de ce genre surtout chez les arthritiques. C'est principalement chez les névropathes que M. Hardy les a observés. Il est même disposé à considérer ces hyperesthésies buccales comme les premiers symptômes d'une affection nerveuse grave, et les deux cas des malades cités, dont l'un est devenu paralytique général, l'autre tabétique, viennent à l'appui de son opinion.

Il arrive souvent que d'anciens syphilitiques, ayant absorbé de grandes quantités de mercure, présentent les symptômes de l'affection en question. Aussi, M. Hardy pense-t-il qu'il s'agit d'une névrose consécutive à une stomatite mercurielle ayant laissé la place à une perversion de la sensibilité buccale. Un fait certain, c'est que cette maladie est extrêmement rebelle et devient une véritable monomanie chez le malade. Quant aux indications thérapeutiques, il est difficile de les formuler d'une manière précise. Les alcalins longtemps prolongés, les applications de glycérine et d'acide phénique paraissent dans certains cas donner de bons résultats.

Le seul remède est encore le temps, quelle que soit l'origine de l'affection.

M. Luys confirme les remarques que vient de présenter M. Hardy; c'est, en effet, la plupart du temps chez des hypochondriaques qu'il a rencontré les symptômes décrits par M. Verneuil; mais, de plus, il a noté la coïncidence fréquente d'une sensation de constriction au niveau de l'isthme du gosier. Il est également convaincu qu'il s'agit d'un symptôme précurseur de paralysie générale ou d'hypochondrie.

M. Verneuil recommande le traitement moral, M. Hardy compte sur l'influence du temps, M. Luys croit aux heureux effets d'un traitement général, de l'hydrothérapie par exemple.

M. Besnier fait observer que cette affection est plus connue en réalité qu'on ne semble le croire. Elle est très fréquente, et tout récemment on l'a décrite et désignée sous le nom de *glossodynie* et considérée comme prodrome d'un futur état nerveux grave.

— M. Charpentier lit un travail de M. Queirel sur les *occipito-postérieures; mécanisme de l'accouchement dans les bassins rétrécis.*

L'auteur insiste sur ce fait que, pour que la rotation se fasse dans les positions postérieures, il faut que la flexion soit *complète.* Cette flexion est le point essentiel pour que la terminaison de l'accouchement soit possible. Le volume de la tête et les dimensions du bassin ne jouent qu'un rôle secondaire. La terminaison spontanée de l'accouchement se rencontre presque aussi souvent que la terminaison artificielle quand il n'y a pas disproportion trop considérable entre les dimensions de la tête et celles du bassin.

— M. Javal, au cours de la dernière discussion qui a eu lieu à l'Académie sur le surmenage scolaire, s'est borné à dire, au sujet de la myopie, que cette infirmité résultait bien plus de la *qualité* que de la *quantité* du travail auquel sont soumis les enfants. Il apporte aujourd'hui des arguments nouveaux à l'appui de cette thèse. On cherche actuellement à réunir le plus grand nombre de conditions pouvant empêcher la myopie : l'éclairage est meilleur, les caractères employés plus gros, le mobilier scolaire plus confortable. Malgré tout, la myopie persiste. Elle tient donc à une autre cause; cette cause, c'est l'emploi des yeux pour voir des objets trop rapprochés. Est-il donc possible d'éviter la myopie chez les sujets prédisposés en prenant des précautions suffisantes? M. Javal le pense.

Lorsqu'un enfant est au début de sa myopie, on a coutume de lui donner des verres concaves et de le faire travailler de nouveau en augmentant de plus en plus la force des verres employés. Or, on peut arrêter cette myopie qui commence en prenant les mesures des distances auxquelles l'enfant peut voir sans accommodation et en appliquant des prescriptions convenables. Mais il est évident que pour que celles-ci soient efficaces elles doivent être suivies exactement.

Grâce à l'optomètre qu'il a présenté il y a quelque temps à l'Académie, M. Javal arrive à des résultats très satisfaisants. Il divise les myopes en deux catégories : une première chez lesquels la myopie fait de rapides progrès par suite de l'usage des verres concaves qui ne font qu'exagérer leur infirmité et dont l'amplitude d'accommodation est très faible, et une seconde dans laquelle cette amplitude est plus considérable et qui peut se servir de verres lui permettant de voir également les objets éloignés et les objets rapprochés.

Ce système présente le grand avantage de s'éloigner également des deux systèmes qui condamnent ou prescrivent d'une manière absolue l'emploi des verres dans la myo-

pie. Des résultats auxquels il est arrivé par son traitement, M. Javal conclut que certains individus deviennent myopes par suite du mécanisme seul de l'accommodation, d'autres par une adaptation permanente qui augmente d'une manière définitive le diamètre antéro-postérieur du globe de l'œil. C'est là une simple hypothèse sans preuves anatomiques directes, mais dont les résultats du traitement institué tendent à à établir la réalité.

— M. Verneuil lit une lettre de M. Diday (de Lyon) concernant la dernière communication de M. Verneuil sur les ulcérations imaginaires de la langue, en y ajoutant le récit d'un fait de son observation personnelle touchant un malade se croyant atteint d'une ulcération imaginaire de la verge.

— M. Chauvel présente un travail sur deux cas d'extraction tardive de projectiles perdus dans les os de la face. Après avoir donné les détails de ses observations, il fait quelques remarques sur l'opportunité de l'extraction immédiate des projectiles. Les conditions anatomiques de la région sont telles que les collections purulentes peuvent s'y développer facilement; la présence de la balle rend les mouvements pénibles et douloureux, empêche l'occlusion du trajet, détermine des céphalées intenses et persistantes. Elle est, de plus, la cause d'une dépression morale profonde. Aussi M. Chauvel pense-t-il que, dans les coups de feu de la face, lorsque le projectile enclavé dans les os peut être retiré sans danger, *son extraction immédiate* paraît indiquée. Quand le projectile abandonné dans les parties détermine des accidents secondaires, persistants, le chirurgien ne doit pas compter sur le temps pour amener la cessation des troubles morbides, il doit *intervenir et extraire le corps étranger*. Ces règles s'appliquent à toutes les régions où les conditions anatomiques, comme à la face, rendent toujours *très difficile*, et le plus souvent *impossible*, l'asepsie du foyer traumatique.

Ces conclusions sont d'ailleurs confirmées par celles qu'a formulées M. Béranger-Féraud, directeur du service de santé de la marine, dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 30 juin, à propos d'un fragment de lame de couteau extrait de la face au bout de neuf mois.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Tillaux, Perrin.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

FORMULAIRE

Glycérolé contre le lichen simplex chronique. — E. Vidal.

Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre de Price...	20 grammes.
Acide tartrique pulv..................................	1 gramme.

Mêlez. — Si cette préparation détermine souvent une cuisson plus ou moins vive, pendant un quart d'heure environ, elle procure ensuite un soulagement notable. — Dans le cas de lichen très invétéré, bains prolongés, puis compresses imbibées de décoction de racine d'aunée et de camomille, que l'on recouvre de feuilles de caoutchouc ou de gutta-percha. — Si l'on a à traiter le lichen chronique des parties génitales et du podex, on prescrit un glycérolé renfermant 5 grammes d'huile de cade, pour 30 grammes de glycérolé d'amidon, et on élève progressivement la dose d'huile de cade, selon la tolérance, jusqu'à ce qu'il y ait parties égales d'huile de cade et de glycérolé d'amidon. Survient-il de l'inflammation des surfaces malades, on la calme au moyen des cataplasmes d'amidon, puis on revient au glycérolé à l'huile de cade ; et souvent ce n'est qu'à la suite d'une succession de ces poussées aiguës artificielles, que l'on obtient une amélioration sérieuse ou même une guérison complète. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

A propos de la récente communication de M. Luys à l'Académie de médecine de Paris sur l'hypnotisme la *Deutsche med. Woch.* rappelle que M. Jendrassik a présenté, le

5 mars dernier, à la Société de médecine de Prague une malade hystéro-épileptique fort intéressante. Pendant le sommeil hypnotique, qu'on provoquait facilement chez la patiente, plaçait-on sur une partie quelconque, un morceau de papier en assurant que c'était un vésicatoire, aussitôt la peau rougissait, et des bulles surgissaient après quelques heures, comme si réellement on eût fait une application vésicante. La même expérience faite du côté droit (la malade était hémianesthésique de ce côté) en assurant que le papier était un fer rouge, produisait le même résultat, des vésicules se montraient, puis des croûtes précédaient la guérison.

— Le 6 septembre dernier, le docteur Franchesco Fuschini, premier chirurgien de l'hôpital d'Osimo (Italie) a réséqué la moitié de la petite courbure de l'estomac chez une femme âgée de 56 ans atteinte d'un cancer. L'organe avait subi une hypertrophie énorme ; ses parois mesuraient plus d'un centimètre d'épaisseur. L'opérée se porte à merveille.

XIIe Congrès de médecine de Pavie. — Nous avons annoncé la prochaine ouverture de ce congrès, en donnant les principales questions à l'ordre du jour dans la section de médecine.

Voici les communications les plus importantes en chirurgie : de la résection ostéoplastique du nez en vue de l'extirpation des polypes, cure radicale des hernies, professeur Edouard Bassini (de Padoue). — Contribution à la chirurgie de l'estomac. — Transplantation des uretères dans le rectum, professeur J. Filippo (de Siene). — Recherches expérimentales concernant les opérations sur les os. — D'un symptôme objectif pathognomonique des ectopies viscérales de l'abdomen, professeur Antonio Ceci (de Gênes). — Sur un cas de résection stomacale suivie de succès, Ignio, docent à Pavie. — Contribution au traitement opératoire des kystes à échinocoques de l'abdomen, Angello Roth, professeur à Cagliari. — Hyperplasie et régénération du tissu musculaire lisse, docteur Busachi (de Turin). — Chirurgie de la vessie (corps étrangers, calculs, etc., etc.).

— Le congrès des médecins et naturalistes allemands qui a tenu dernièrement sa 60e assemblée générale va se transformer en Société médicale. C'est le professeur Virchow qui va présenter au vote la motion suivante :

1° Le Congrès des médecins et naturalistes allemands va changer ses statuts et se transformer en Société.

Dans ce but : *a*) chaque membre du congrès, moyennant une cotisation à fixer deviendra membre de la nouvelle Société des médecins et naturalistes allemands ; *b*) la Société aura le droit de propriété et d'acquets (surtout réunir une bibliothèque, installer un local de réunion, etc.) ; *c*) la future Société élira un président, deux vice-présidents, un secrétaire général, et un trésorier ; *d*) cette élection se fera tous les 3 ans en séance générale à la majorité absolue des membres présents, etc, etc.

En 1852, le Congrès comptait 776 membres ; en 1873, il avait doublé (1,335). Depuis, le nombre des adhérents n'a pas été publié, mais il croissait chaque année. — Ch. S.

COURRIER

Un concours pour trois places d'internes et trois places d'externes en médecine, aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 21 octobre 1887, pour l'internat, et le 24 octobre du même mois, pour l'externat.

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 octobre 1887. — *Ordre du jour :* 1. M. Dehenne : Traitement chirurgical des kératites. — 2. M. Duroziez : Sténose des artères coronaires en 1821. — 3. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Association française pour l'avancement des sciences.

Seizième session a Toulouse du 22 au 29 septembre.

Séance du 28 septembre (soir).

M. le docteur Arnozan (de Bordeaux) lit une note sur les relations entre les affections cutanées du nez et les affections profondes des fosses nasales.

Les affections cutanées du nez, et en particulier du lobule, se font souvent remarquer par une ténacité désespérante (acné, érythème, séborrhée); et leur traitement, riche en moyens variés, est souvent inefficace. Cela tient à ce que les causes ordinairement attribuées à ces affections sont assez vaguement définies (diathèses, troubles de la circulation des extrémités périphériques, dyspepsie, etc.). Sans méconnaître l'influence réelle de ces causes, il nous a semblé que l'on pouvait, dans certains cas, en invoquer une de plus : les affections profondes des fosses nasales, qui, en dehors de toute continuité, peuvent se compliquer de lésions cutanées du lobule ou des ailes. Voici, en résumé, quelques-uns des faits sur lesquels nous nous appuyons :

1° Une dame d'une trentaine d'années présente depuis quatre ans un coryza chronique; il y a deux ans, elle a vu son nez rougir d'abord d'une façon intermittente, puis d'une façon continue; enfin, il y a un an, cet érythème s'est couvert de pustules d'acné, et l'éruption acnéique est dès lors en activité, le coryza ayant d'ailleurs conservé son acuité. — 2° Une seconde dame, d'une trentaine d'années également, présente depuis longtemps une inflammation de la région postérieure des fosses nasales. Son nez rougit avec la plus extrême facilité; et, à ce moment, elle y ressent une sensation pénible de chaleur. Or, toutes les fois que l'inflammation rétro-nasale s'exagère, la rougeur et la chaleur du nez augmentent en même temps. — 3° Une jeune fille (18 ans) a le nez bouffi, tuméfié, recouvert de pustules d'acné et criblé de gros comédons. En même temps, elle a une sécrétion nasale abondante et fétide. Sans rien tenter contre la lésion externe, nous soumettons la malade à des injections nasales détersives; la sécrétion muco-purulente diminue et, en même temps, on voit le nez s'amoindrir et reprendre des dimensions acceptables. L'acné persiste encore, mais le fait est encore récent; et d'ailleurs l'amélioration est en voie de progression.

En résumé, soit par la succession des affections, soit par la simultanéité des exacerbations, soit par l'influence du traitement, nous constatons dans ces trois cas l'action causale des affections de la muqueuse de Schneider sur les lésions cutanées du lobule.

Peut-on s'expliquer ce rapport pathogénique? D'abord, il ne saurait être question de propagation de l'inflammation par continuité; elle n'existe pas dans les faits que nous citons. Les irritations mécaniques du lobule par l'action répétée de se moucher, par la difficulté de pénétration de l'air dans les fosses nasales peuvent se rencontrer quelquefois; mais elles manquent absolument dans deux de nos cas, et sont tout à fait accessoires dans le troisième. Peut-être pourrait-on songer à l'influence des communications vasculaires et nerveuses entre le nez et les fosses nasales? Le filet naso-lobaire, qui est bien connu, l'artère et la veine naso-lobaires, sur lesquels les auteurs classiques insistent peu, mais que François-Franck a bien décrits dans sa thèse inaugurale (1875), établissent des communications importantes entre la cavité muqueuse et la surface externe. L'action réflexe, l'artérite, au besoin la névrite, seraient-elles les moyens d'action qui font succéder les affections l'une à l'autre? Nous posons la question sans la résoudre. Mais, pour nous arrêter aux faits positifs, nous nous bornerons aux conclusions suivantes :

1° Il peut exister un rapport de cause à effet entre les affections profondes et les

affections superficielles du nez. — 2° L'exploration des fosses nasales et le traitement, s'il y a lieu, de leur inflammation ou de leurs ulcérations chroniques, seront de règle dans le traitement des lésions cutanées du nez.

M. Henri Huchard étudie les rapports de l'artério-sclérose subaiguë avec les spasmes vasculaires et son traitement par la trinitrine. Toutes les causes (diathèses, intoxication, surmenage, erreurs ou excès d'alimentation) capables de produire l'artério-sclérose en dehors de la vieillesse ne la produisent qu'en déterminant d'abord une augmentation de la tension artérielle. C'est donc à celle-ci qu'il faut remédier au moyen des médicaments dépresseurs de cette tension, les iodures, les nitrites, la nitro-glycérine (ou trinitrine), en même temps qu'on évitera ceux qui l'excitent, la digitale, l'ergot de seigle, la belladone.

Les iodures, qui exercent surtout une action trophique sur les parois vasculaires, ne paraissent pas indiqués à la période dynamique de l'artério-sclérose; la trinitrine, au contraire, donne de bons résultats au début et dans le cours de l'artério-sclérose, dans toutes les affections artérielles, dans toutes les maladies caractérisées par des ischémies viscérales.

M. Secheyron, interne des hôpitaux, communique un travail sur les abouchements anormaux de l'uretère à la vulve et au vagin, et, à ce propos, fait une étude clinique sur l'incontinence d'urine congénitale, avec des considérations d'embryogénie sur cette variété peu connue d'anomalie uretérale. L'uretère peut s'ouvrir sur les côtés du vagin, où l'on voit alors sourdre l'urine, ou se terminer en cul-de-sac, et alors, bien entendu, on ne trouve la lésion qu'à l'autopsie. Ces anomalies sont distinctes de la persistance des canaux de Wolff; elles s'expliquent par un abouchement anormal de l'uretère dans le sinus uro-génital; lorsque l'abouchement se fait dans le vagin, au-dessous de la vessie, on peut y remédier facilement; s'il se fait à la partie supérieure du vagin, l'opération est plus délicate; en cas d'insuccès, on peut avoir recours à la néphrectomie.

MM. Péan et Secheyron ont fait une étude attentive des kystes hydatiques de l'utérus, dont ils n'ont pu recueillir que dix cas dans la littérature médicale. Leur pathogénie est obscure; le kyste peut se développer dans le parenchyme utérin, ou être interstitiel, sous-muqueux, et même juxta-utérin. Leur symptôme caractéristique consiste dans l'expulsion d'hydatides vésiculeuses, résultat d'une rupture artificielle ou spontanée de la poche. La grossesse et le traumatisme donnent à ces kystes une vive impulsion, mais leur influence sur la conception et la grossesse paraît nulle; ils sont souvent une cause grave de dystocie. Le diagnostic est donc assez difficile, le pronostic grave en cas de grossesse; le traitement consiste dans la ponction suivie de l'excision d'une partie de la poche et de son drainage. La discision sanglante et la libération du col sont nécessaires pour atteindre les kystes élevés au-dessus du col.

M. le docteur André (de Toulouse) a étudié l'état du foie dans la chlorose et a constaté, sans exception, une atrophie temporaire. A mesure que la maladie s'améliorait, la matité hépatique, qui souvent n'était plus que de 4 centimètres au début, augmentait progressivement pour atteindre les limites normales, 8, 9 et 10 centimètres. *A priori*, il est aisé de comprendre que, dans la chlorose, les organes de la sanguification soient dans un état d'inertie plus ou moins prononcé. La disparition de l'atrophie hépatique après la guérison de la chlorose témoigne bien du retour des fonctions de cet organe, hématopoïèse, destruction des globules rouges, glycogénie et production de l'urée, dont le chiffre augmentait parallèlement à l'augmentation de volume du foie. Comme conséquence thérapeutique, il faut stimuler l'organe par l'hydrothérapie, l'électricité, les médicaments hépatiques (évonymine, baldo, podophyllin, aliments sucrés, miel, etc.).

M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux) donne d'intéressants renseignements sur les sanatoria d'Arcachon et de Banyuls-sur-Mer, fondés pour le traitement de la scrofule et de la tuberculose chez les enfants. La campagne commencée en 1882 dans ce but n'est point restée infructueuse; en effet, indépendamment des 20 enfants entretenus sur le bord du bassin d'Arcachon grâce aux produits d'une œuvre personnelle, les efforts de M. Armaingaud ont abouti cette année à la fondation de deux hospices

maritimes : l'un à Arcachon, grâce à la donation d'un terrain et d'une somme importante qui a été attribuée à l'œuvre; l'autre à Banyuls-sur-Mer, grâce au concours buggétaire d'un conseil général éclairé et à l'intervention décisive de M. Georges Lafargue, préfet des Pyrénées-Orientales. M. Armaingaud fait passer sous les yeux des membres de la section les plans de ces deux établissements, dont les constructions vont commencer très prochainement.

M. Georges Lafargue, préfet des Pyrénées-Orientales, prend à son tour la parole pour témoigner, avec M. le docteur Armaingaud et avec l'unanimité du Conseil central d'hygiène de ce département que, contrairement à ce que croient certaines personnes, qui n'ont certainement jamais visité cet admirable pays, le littoral de la Méditerranée, depuis Argelès-sur-Mer jusqu'en Espagne, n'est pas seulement l'un des plus merveilleusement pittoresques, mais qu'il est aussi l'un des plus salubres de France. Entouré de tous côtés par un amphithéâtre de montagne et par la mer, bien loin des étangs qui s'étendent de Marseille à Salies, mais qui s'arrêtent à ce point, Banyuls convient tout particulièrement de la destination qu'il va recevoir. Cette station, à la fois estivale et hivernale, offre en effet ce double avantage que les enfants malades y peuvent séjourner en toute saison sous un climat tonique et doux, et que ceux d'entre eux chez lesquels se developperait la tuberculose pourront, sans fatigues ni frais appréciables, être immédiatement transférés dans les stations de phthisiques toutes voisines et comme elle à la fois estivales et hivernales du Vernet ou d'Amélie-les-Bains. Il serait difficile de rencontrer ailleurs un pareil ensemble de conditions favorables à l'établissement d'un *sanatorium* maritime.

En ce qui concerne l'utilité générale des hospices-hôpitaux maritimes, M. Lafargue appelle, comme administrateur, l'attention du Congrès sur cette considération capitale que l'application de la loi de protection de l'enfance, dite loi Roussel, a pour effet de faire vivre un très grand nombre d'enfants malingres, chétifs ou scrofuleux, par conséquent prédisposés à la phthisie et voués à toutes les misères physiologiques, qui seraient à charge à eux-mêmes, à leurs familles et surtout à la Société, si celle-ci ne prenait les mesures nécessaires pour transformer, — ce qui est possible au moins dans la plupart des cas, — ces non-valeurs sociales et ces pauvres malades en êtres sains, valides et forts.

MM. Livon, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, et Alezais, médecin des hôpitaux de Marseille, ont entrepris, sur les urines des tabétiques, des recherches qu'ils résument ainsi :

« Nous avons entrepris une série de recherches sur les urines des malades atteints de maladies apyrétiques du système nerveux.

Les faits que nous présentons aujourd'hui concernent seulement des sujets tabétiques.

Ce qui ressort de nos recherches au milieu d'une irrégularité assez grande, c'est :

1° Une tendance à la diminution de l'urée éliminée dans les vingt-qnatre heures;

2° Une diminution de l'acide phosphorique total éliminé, avec une tendance à l'augmentation proportionnelle de l'acide phosphorique uni aux terres;

3° Une variation assez grande dans la quantité du chlore éliminé avec tendance à l'hyperchlorurie.

En injections intra-veineuses, les urines tabétiques paraissent assez toxiques, puisqu'il nous a fallu 12, 14, 33, 43, 44 centimètres cubes d'urine par kilogrammes d'animal pour arriver à tuer des chiens que nous avons choisis aussi semblables que possible.

Tout ceci ne représente pour le moment que des faits que nous signalons; nous poursuivons nos recherches qui nous permettront probablement de mieux conclure

M. le docteur Bernheim (de Nancy) communique un cas de monohémiplégie linguale avec localisation corticale.

Les expériences de Ferrier sur l'animal, l'analyse des observations cliniques faite par Charcot et Pitres, ont établi que le tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante commande les mouvements du côté opposé de la face et de la langue; la destruction de cette région donne lieu à une hémiplégie faciale et linguale. Cette région

correspond donc au centre cortical du facial inférieur et de l'hypoglosse. Les observations publiées jusqu'ici n'ont pas permis de dissocier ces deux centres. MM. Raymond et Artaud (*Arch. de neurologie*, 1884) ont réuni 6 faits de glossoplégie corticale ou plutôt de troubles divers de motilité de la langue, dus à des lésions corticales des circonvolutions frontales ascendantes ; mais, dans tous ces faits, la paralysie faciale coexistait.

J'ai observé un cas où l'hémiplégie linguale était isolée. Une jeune fille de 23 ans, qui était dans mon service clinique pour des tumeurs sarcomateuses multiples généralisées, dont la première fut constatée en février 1886, présenta un beau jour, le 8 janvier 1887, une forte déviation de la langue, dont la pointe regardait à droite; le malade avalait bien, articulait bien les mots, mais ne pouvait siffler. Il n'existait aucun autre signe d'hémiplégie faciale, ni des membres; seulement la main gauche serrait plus au dynamomètre que la main droite (11 à droite, 15 à gauche le 8 janvier; 7 à droite, 10 à gauche le 29 janvier). La malade succomba le 2 février, l'hémiplégie linguale persista jusqu'à la fin.

A l'autopsie, outre les tumeurs sarcomateuses généralisées sur lesquelles je n'insiste pas, on trouve comme lésion correspondant à l'hémiplégie linguale droite, un foyer cortical contenant un caillot de sang et dont les parois sont constituéees par des cellules fibro-plastiques du sarcome; donc un foyer sarcomateux hémorrhagique, ayant donné lieu à une excavation mesurant 5 à 6 millimètres de diamètre et de profondeur. Le foyer se trouve vers le bord inférieur de l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante, à la face antérieure de cette circonvolution, à 6 millimètres en arrière du sillon qui la sépare de la troisième circonvolution frontale; comme le montre la photographie de la pièce jointe à cette communication.

Donc il existe vers l'extrémité la plus inférieure de la circonvolution frontale ascendante un centre spécial, centre cortical de l'hypoglosse.

Dans deux cas soumis à ses observatious, M. Auguste Voisin a pensé à utiliser la suggestion hypnotique pour délivrer des petites filles d'habitudes invétérées d'onanisme.

La première, âgée de 11 ans, se livrait à l'onanisme depuis deux ans. Après quatre séances, la mère déclarait que, malgré sa surveillance, elle n'avait plus constaté chez son enfant l'existence de sa mauvaise habitude.

Le seconde était âgée de 9 ans 1/2. C'est pendant le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 8 ans 1/2, qu'on l'a surprise pour la première fois se livrant à l'onanisme. Depuis, l'enfant n'a cessé de se livrer à cette habitude, aussi bien le jour que la nuit. Aucun moyen n'est parvenu à la corriger.

M. Voisin l'a hypnotisée très facilement et très complètement. Dans cet état, on lui a fait la suggestion de ne plus toucher ses parties en aucune circonstance.

Après quelques séances, la famille constatait que l'enfant était complètement guérie. Cette guérison, comme dans le premier cas, s'est maintenue, et l'état général des deux enfants s'est notablement amélioré.

L.-H. Petit.

Le Congrès d'hygiène de Vienne.

Vienne, le 27 septembre 1887.

Son Altesse Sérénissime, prince héritier, l'archiduc Rudolf, a ouvert hier le Congrès international d'hygiène et de démographie. Depuis plusieurs jours déjà la ville de Vienne se préparait à recevoir les membres du Congrès. C'est que, indépendamment du plaisir que les Viennois ont à accueillir les étrangers, le grand respect que l'on professe ici pour le corps médical en général fait que toute la population viennoise témoigne à ses hôtes la plus vive sympathie.

Le Congrès a débuté par une séance solennelle, dans la grande salle du Conservatoire. Plus de deux mille membres étaient présents. Dans les loges, et à la première galerie, un grand nombre de dames, en élégantes toilettes, venaient corriger un peu la sévérité de cette réunion de médecins. Parmi ces derniers, citons Brouardel, Billroth,

Bamberger, Pettenkofer, Meynert, Nothnagel, Proust, Cornil, Lépine, Duguet, Ballet, Pouchet, Daremberg, etc.

Dans cette première réunion, deux discours ont été prononcés, le premier par M. Brouardel, l'autre par M. Pettenkofer. M. Brouardel avait pris pour sujet l'étude des modes de propagation de la fièvre typhoïde, étude qui présente ici un grand intérêt. Car, tandis que l'école française admet que le plus souvent la fièvre typhoïde a pour agent de propagation l'eau souillée par des matières provenant des typhiques, en Allemagne, ce mode de propagation est mis en doute par quelques-uns, nié par un grand nombre. Cette question, qui paraît résolue pour nous, a donc encore besoin d'être discutée. Quelle question, d'ailleurs, pouvait être mieux choisie pour un Congrès d'hygiène, puisque l'hygiène seule pourrait diminuer et peut-être faire disparaître complètement cette affection qui, bien plus meurtrière que les grandes épidémies éclatant avec fracas, mais s'éteignant rapidement, impose chaque année le plus lourd tribut à l'Europe et lui enlève un grand nombre d'hommes dans toute la force de l'âge?

Les modes de propagation une fois bien déterminés, le remède serait facile à appliquer. Malheureusement la divergence d'opinions rend les pouvoirs publics hésitants; eux qui manquent de toute compétence, ils abritent leur inaction en se retranchant derrière l'opinion d'une minorité d'hommes de parti-pris, entêtés ou aveugles. Aussi, tandis qu'une ville comme Paris sème des millions pour des œuvres d'une utilité fort contestable, elle ne peut faire une canalisation qui mette les habitants à l'abri d'une eau contaminée. Le jour où ces vérités seront de toute évidence, leurs conséquences s'imposeront. La fièvre typhoïde disparue, au moins en tant que maladie épidémique, ce sera le triomphe de l'hygiène. M. Brouardel ne pouvait donc mieux faire, en présence d'un auditoire d'hommes de valeur et encore hésitants, que de mettre tout son talent au service de cette cause.

M. Brouardel se propose de démontrer que les moyens de propagation de la fièvre typhoïde sont : l'eau qu'on boit, l'air qu'on respire, les vêtements souillés, les mains des gardes-malades. De ces causes, la plus importante, comme fréquence, c'est l'eau. Les observations sont aujourd'hui extrêmement nombreuses où la fièvre typhoïde éclate dans des pays indemnes, après une modification dans la distribution de l'eau; ou bien, où l'on voit toute une partie d'une population qui s'alimente à une source, être contaminée, tandis que l'autre partie, qui s'alimente à une autre source, ne présente pas un seul malade.

M. Brouardel rappelle qu'à Paris on distribue l'eau de la Vannes et de la Dhuys, qui est excellente. Mais, de temps en temps, pour des raisons plus ou moins compréhensibles, on distribue de l'eau de la Marne, de la Seine, du canal de l'Ourcq. Les chiffres sont plus éloquents que les raisonnements : De 40, qui est le chiffre moyen des cas dans les hôpitaux pour une semaine, les cas s'élèvent à 154. On cesse la distribution de l'eau de Seine, le chiffre revient à la normale. Et ce n'est pas une fois qu'on observe cette élévation, mais chaque fois qu'on a recours au mélange des eaux, et avec une précision mathématique. Coïncidence, disent les adversaires. Mais, à côté de ces faits d'observation, les recherches bactériologiques sont venus donner une confirmation précise. Dans les eaux incriminées, on trouve le bacille typhique découvert par Eberth, dont les travaux ont été vérifiés par Koch, Gaffky, Cornil et Babès.

La propagation par l'air est certes beaucoup moins fréquente. Quelques observations récentes de Bouchard, Landouzy, confirment ce mode de contamination, dont Murchison a cité de nombreux exemples.

Tout le discours de M. Brouardel a été écouté avec la plus vive attention. Par sa péroraison, il a soulevé les acclamations de toute la salle : « Il faut, dit-il, si vous partagez ma conviction, que nous fassions dans tous les pays un effort énergique, que nous prêchions le bon combat, celui de la préservation de la vie humaine. Nos preuves sont suffisantes. Les pouvoirs publics ne demandent qu'à être convaincus. Ils hésitent, parce qu'ils trouvent parmi les médecins des dissidents. En est-il un parmi nous qui ose soutenir une opinion inverse et qui ait des convictions assez vigoureuses pour dire : non, l'eau dans laquelle on verse des déjections de typhiques ne donne pas la fièvre typhoïde? Que celui-là se lève et qu'il assume devant nos successeurs, devant ceux

qui viendront demain, la responsabilité des morts que sa résistance aura entraînées. »

M. le professeur Pettenkofer (de Munich) a pris ensuite la parole. Dans un discours fort spirituel et fréquemment applaudi, il étudie la question de l'enseignement de l'hygiène dans les Universités. Il se plaint que les pouvoirs publics ne s'intéressent pas suffisamment à cette question. L'année dernière, on a bu à Munich pour 25 millions de bière, et quand on demande quelques centaines de mille marcks pour l'hygiène, on répond qu'il n'y a pas d'argent.

Dans ce Congrès, les distractions offertes aux membres étrangers occupent une large place. C'est à peine si l'on a le temps d'aller aux séances, disait l'un d'eux. C'est que personne, mieux que les Viennois, ne s'entend à faire passer le temps agréablement à ses hôtes. Il faudrait avoir le don d'ubiquité pour se trouver à toutes les fêtes où nous sommes conviés. Et, chaque fois qu'on est invité, un repas vous est offert; de sorte qu'on mange toute la journée et aux heures les plus invraisemblables, ce qui est assez piquant pour un congrès d'hygiène.

Lundi, dans l'après-midi, après la séance d'ouverture, réception à l'hôtel de ville. La municipalité, le maire, toutes les autorités de la ville faisaient les honneurs du nouveau Rathaus, monument superbe. Dans les grandes salles, des musiques militaires jouaient, avec une verve endiablée, les gais refrains viennois; un buffet pantagruélique distribuait à profusion des victuailles aux hygiénistes, qui avaient l'air d'affamés.

Le soir, à huit heures, grand souper; nous étions invités par les médecins de Vienne. On nous a offert un spectacle qui ne manquait pas d'une certaine couleur locale. Des chanteurs populaires sont venus chanter des airs viennois dans un dialecte tout spécial, d'une consonance très comique, de sorte qu'on n'avait pas besoin de comprendre pour s'amuser. Au bout de deux heures, cette réunion d'hygiénistes offrait un curieux spectacle : la salle était pleine d'une fumée de tabac des plus épaisses, les verres de bière s'amoncelaient sur les tables, et tous les Allemands, enthousiasmés par leurs chansons, reprenaient en chœur les refrains plus ou moins discordants.

Dans la grande cour de l'Université se trouve une exposition d'hygiène, qui présente un intérêt très contestable. On y voit des filtres, des photographies de préparations de microbes, des bancs et des tables pour les écoliers, des appareils de gymnastique, une foule de système de latrines, etc. Certaines choses nous ont frappés, qui nous ont paru être le côté gai de l'exposition. C'est, par exemple, un cercueil disposé de telle manière qu'on met dans la main du mort une ficelle; si, par hasard, la mort n'est qu'apparente, le ressuscité n'a qu'à tirer un cordon, une soupape s'ouvre pour lui donner de l'air; en même temps une sonnerie électrique prévient le concierge du cimetière. Un appareil bizarre est celui qui est destiné à faire gravir les montagnes sans fatigue : douze personnes sont attachées ensemble à cet appareil, qui est tiré par un cheval; les personnes n'ont aucun effort à faire, elle n'ont que la peine de mettre un pied devant l'autre. Pour la descente, le cheval est derrière et retient ainsi toute la douzaine.

L'Allemagne a exposé deux ambulances de campagne qui réunissent toutes les perfections hygiéniques et antiseptiques. Ces ambulances contiennent 24 lits; en cinq heures, elles sont entièrement construites.

L'exposition française est assez maigre; elle est représentée par quatre tableaux de la mortalité et des épidémies de la ville de Reims.

Maurice SPRINGER.

REVUE DES JOURNAUX

Cyanure de zinc dans le traitement des maladies du cœur. — Le professeur Lashkevitch affirme que le cyanure de zinc, qu'il dénomme *zincum hydrocyanicum sine ferro*, exerce une action particulièrement favorable dans les cas de palpitations ou de douleur dans la région du cœur, avec altération du rhythme normal, soit que les symptômes coïncident avec une lésion valvulaire, soit qu'ils dépendent d'une névrose.

Toutefois, c'est dans ce dernier cas que l'action est le plus marquée. Lorsque la digitale et les autres médicaments généralement prescrits contre ces conditions morbides semblent irriter les viscères abdominaux, le cyanure de zinc est extrêmement utile. La dose est d'un dixième à un huitième de grain russe, trois fois par jour. Le grain russe = 0,0625 du gramme ou 0,96 du grain anglais. (*Britisch med. Journ.*, 20 août 1887.)

Empoisonnement par le chrome. — Le *Medical News*, cité par *The amer. Lancet*, d'août 1887, signale de nombreux cas d'accidents plus ou moins graves, même mortels, causés par des babas ou autres aliments colorés en jaune par le chrome. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Brown-Séquard présente une note de M. H. Peyraud (de Libourne) intitulée : *Recherches sur les effets biologiques de l'essence de tanaisie. — De la rage tanacétique, ou simili-rage.*

« Au mois de mars 1872, en faisant des recherches biologiques sur des séries d'essences ayant des rapports d'isomérie, j'avais remarqué une essence non annotée, qui ressemblait, comme odeur, à celle d'absinthe. Elle était extraite d'une synantherée, le *tanacetum vulgare*, encore appelée *herbe aux vers, absinthe de cheval*. Cette essence était fort peu étudiée, chimiquement et biologiquement. Depuis, Bruylants en a retiré le *camphre de tanaisie* on *hydrure de tanacétile* (Deutsch chem. Gesellsch, 1878, p. 449) qui, chose curieuse, a la même constitution atomique que l'essence d'absinthe et le camphre du Japon, C^{20}, H^{16}, O^{2}. Ce sont les propriétés biologiques de ce camphre qu'a étudiées, le premier, Putzeys (de Liège), en 1878, priorité d'étude qu'il a revendiquée et que nous lui accordons volontiers, convaincu que les propriétés du camphre de tanaisie ne sont pas du tout les propriétés de l'essence d'où on le retire.

Or, voici ce que je constatais en 1872 : lorsque j'injectais deux gouttes de cette essence dans les veines d'un lapin de moyenne taille, au bout de vingt secondes, l'animal était pris de convulsions d'une intensité telle qu'il était en quelque sorte sidéré. Il s'élançait en avant, ou reculait par bonds, bondissait même sur place et retombait généralement sur le côté gauche. Là, tous ses muscles étaient pris de mouvements convulsifs d'une extrême violence; les dents craquaient, l'animal se mordait la langue et laissait couler une salive abondante, quelquefois sanguinolente; ses muqueuses étaient décolorées. Les sphincters anal et vésical laissaient échapper l'urine et les matières fécales. La respiration spasmodique, accélérée (115 inspirations par minute) était si embarrassée qu'on aurait pu croire à chaque instant que l'animal allait asphyxier. Ces convulsions diminuaient par moment d'intensité et reprenaient bientôt avec plus de force que jamais. Un bruit à côté de l'oreille de l'animal le faisait tressaillir tout comme dans l'empoisonnement strychnique : évidemment, le sens de l'ouïe était plus excitable. Il ne perdait pas connaissance, car lorsqu'on approchait un bâton de son museau, il le mordait avec force et on pouvait le soulever sans lui faire lâcher prise. Cette action de mordre était bien volontaire et bien distincte du mouvement convulsif des mâchoires. L'animal mordait le sol et même ses pattes, et, lorsqu'on le plaçait sur le côté opposé à celui sur lequel il était tombé, il s'aidait de ses dents pour revenir à sa première position et son corps en opisthotonos décrivait souvent, sous l'influence des secousses convulsives, un véritable demi-cercle.

Cette convulsion tanacétique durait, en moyenne, de cinquante à soixante minutes et se prolongeait même si les doses étaient plus élevées. Si elles étaient trop fortes, l'animal succombait par asphyxie.

La limite de la dose toxique dans les veines ne dépassait guère trois à quatre gouttes.

Puis, à la période convulsive, succédait une période comateuse de deux et trois heures et pendant laquelle l'animal semblait insensible à toute espèce d'excitation. Enfin, l'état normal revenait, et, le lendemain, l'animal ne semblait en rien impressionné par la violente attaque de la veille. Au reste, dès 1872, nous avions constaté que

l'essence de tanaisie s'éliminait rapidement en nature par le poumon, ce qui nous avait fait supposer qu'elle était oxygénée.

Signalons un cri rauque presque constant pendant la convulsion tanacétique, cri que nous avons aussi noté dans les convulsions épileptiques de l'essence d'absinthe et du camphre du Japon, son isomère.

Néanmoins, les accès tanacétiques diffèrent notablement de ceux produits par ces substances.

En effet, dans l'accès tanacétique, pas de perte de connaissance, l'accès est unique ainsi que que la longue période de coma qui lui succède, action de mordre tout à fait volontaire, les fonctions sensorielles sont plutôt excitées que disparues. En 1876, dans le laboratoire de notre regretté maître, le professeur Vulpian, nous avons observé, Bochefontaine et moi, et très manifestement, une exacerbation des convulsions par la présentation d'un miroir.

Dans les phénomènes produits par l'essence d'absinthe et le camphre, c'est une succession d'accès épileptiques chacun avec sa période de coma. Or, on sait que, dans l'épilepsie, il y a perte absolue de connaissance.

Les effets de l'essence de tanaisie diffèrent encore par un côté fort important de ceux de l'essence d'absinthe et du camphre du Japon. Nous avions remarqué, en 1872, que ces deux isomères avaient la propriété bien remarquable, l'un et l'autre, d'arrêter la fonction glycogénique du foie. Nous ne retrouvions presque plus de sucre ni de matière glycogène dans le foie de nos lapins traités par ces deux substances. Nous avons examiné à plusieurs reprises, M. Falières et moi, le foie de nos lapins tanaisiés soit immédiatement après la mort, soit vingt-quatre heures après, et nous y avons toujours trouvé de notables proportions de glucose.

De plus, le bromure de potassium préalablement administré avant les attaques ne les empêche pas, comme il empêche celles produites par le camphre et l'essence d'absinthe.

L'essence de tanaisie, comme l'essence d'absinthe, élève la température : les oreilles de nos lapins sont chaudes, leurs veines sont gonflées et turgescentes ; avant l'expérience, nous avons constaté, comme température rectale, 39°9 ; une heure après, 40°2.

Comme beaucoup d'essences, celle de tanaisie donnée par les veines pendant quelques jours détermine des marbrures congestives du poumon avec tendance à l'inflammation de la plèvre, des *infarcti* sanguins du foie, de véritables hémorrhagies.

Nous avons trouvé dans la trachée et dans les bronches des animaux morts de convulsions tanacétiques, des mucosités spumeuses sanguinolentes comme dans la rage.

Les effets toxiques de l'essence de tanaisie se rapprochent, on le voit, très peu du type épileptique, malgré qu'on en retire un camphre dont la constitution atomique est identique à celle du camphre du Japon et de l'essence d'absinthe.

Le type des convulsions tanacétiques est plutôt un type rabique. Tous les phénomènes de la rage s'y retrouvent : hallucinations, convulsions sans perte de connaissance, opisthotonos, spasmes des muscles du pharynx, du larynx et de tout le thorax, salivation abondante, phénomènes asphyxiques, excitabilité sensorielle, tendance à mordre, cri rauque caractéristique, diminution de la sensibilité et du mouvement, paralysie momentanée, mucosités spumeuses sanguinolentes de la trachée et des bronches, hémorrhagies sous-pleurales, *infarcti* sanguins du foie.

Ils se rapprocheraient plutôt du type tétanique que du type épileptique ; c'est un peu l'effet des strychnées. Du reste, la rage ne ressemble-t-elle pas beaucoup au tétanos ?

Nous croyons donc être absolument dans la vérité en donnant aux effets tanacétiques le nom de *rage tanacétique, rage artificielle, simili-rage.*

Les faits que nous ferons connaître prochainement nous donneront, nous l'espérons, encore plus raison. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juillet 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Après la lecture du procès-verbal de la séance précédente, M. Dehenne lit la note suivante :

A propos de la communication que M. Trousseau a faite dans la deuxième séance, je tiens à faire remarquer que la plupart des *conjonctivites pseudo-membraneuses* que nous observons dans nos cliniques sont dues à l'abus des cautérisations. Cessez les cautérisations, employez un traitement émollient, et la fausse membrane ne se reproduit plus. Voici, en effet, ce qui se passe : Des enfants de 3 à 10 ans, en moyenne, strumeux, lymphatiques, chez lesquels les tissus s'œdématient facilement, sont atteints de conjonctivite ou de kérato-conjonctivite. Les paupières sont gonflées, œdémateuses, à aspect phlegmoneux; elles s'entr'ouvent difficilement. Il y a un peu de sécrétion purulente. Croyant, à tort il est vrai, avoir affaire à une ophthalmie purulente, on cautérise une ou deux fois dans la journée la face interne des paupières avec la solution de nitrate d'argent au 1/40e. Une fausse membrane se forme; on cautérise de plus belle. Plus les cautérisations sont répétées, plus les fausses membranes deviennent épaisses. Qu'on cesse les cautérisations, qu'on se contente d'applications chaudes sur les paupières et de quelques instillations de sulfate d'atropine, les fausses membranes ne se reproduiront plus, les paupières perdent leur aspect phlegmoneux, et l'enfant guérit facilement en quelques jours.

M. Reliquet (*Diagnostic de trois pierres dans la vessie*) : Dans notre dernière séance, M. Dubuc nous a dit qu'il avait broyé trois pierres de 3 centimètres de diamètre chacune chez le même malade. Son dire est basé sur ce fait : dans le cours de son opération, il a fait trois prises où l'écartement des becs du brise-pierre était de 3 centimètres.

Etant donnée la quantité de débris, qu'il a retirés, je crains que notre confrère n'ait été induit en erreur par ces trois prises successives de 3 centimètres d'épaisseur.

Le 24 mai 1879, j'ai lu à la Société un fait de trois pierres volumineuses, où, pour des raisons particulières au sujet, j'ai dù faire le concassement des pierres par la lithotritie avec mon brise-pierre avant de pratiquer la taille. En cherchant après l'extraction des morceaux à reconstituer les pierres, il s'est trouvé qu'une d'elles (je vous en montre le dessin) avait été cassée en quatre morceaux d'un seul coup de brise-pierre. Les quatre morceaux s'ajustant exactemeut les uns aux autres, j'ai pu reconstituer la pierre.

Il suffit de jeter les yeux sur le dessin de mon mémoire de 1879 (1) pour reconnaître que ces quatre morceaux de la pierre ont tous dans un de leurs diamètres une épaisseur de 3 centimètres.

A la première prise, ainsi que l'indique la figure, j'ai saisi la pierre entière dans un diamètre de 24 millimètres. Si j'avais fait la lithotritie complète, après cette première prise, j'aurais pu faire quatre prises de 3 centimètres d'épaisseur, en supposant que j'eusse saisi chaque fragment par son grand diamètre.

Ainsi, en suivant le raisonnement de M. Dubuc, j'aurais broyé quatre, que dis-je, cinq pierres, une de 24 millimètres de diamètre, et quatre de 3 centimètres, dans la même vessie et dans la même séance. Seulement, comme lui, j'aurais eu bien peu de graviers pour tant de grosses pierres.

Faire plusieurs prises d'une épaisseur au moins aussi forte que la première prise, dans le cours d'une lithotritie, est extrêmement fréquent. Je l'observe à chaque instant; et cela est inévitable en raison des fragments qui résultent de la première action cassante de mon brise-pierre. Mais jamais je n'ai conclu comme M. Dubuc.

Pour affirmer qu'il y a trois pierres mobiles dans la vessie, il faut, une des pierres étant tenue fixée entre les deux becs du brise-pierre, choquer à droite et à gauche contre du calcaire. En un mot, en explorant avec le brise-pierre chargé de la pierre, il faut trouver à droite et à gauche, soit un frottement de calcaire sur calcaire, soit un choc de calcaire sur calcaire, et cela avant de broyer.

Lorsque à des points différents et éloignés les uns des autres de la paroi vésicale on constate, avec l'instrument métallique, trois chocs contre du calcaire, dans ce cas on peut encore conclure à l'existence de trois pierres indépendantes et fixées aux parois de la vessie. Mais ce n'est pas là le cas dans le fait de M. Dubuc.

(1) Voir *Union médicale*, p. 279, 1879.

Le procès-verbal est adopté.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine; — du docteur Tiberio d'Almeida (de Rio-Janeiro), une brochure intitulée : *De valor therapeutico de alguns etiocraticos no empaludismo agudo, 1887; — Etude clinique sur l'action thérapeutique de l'eau de Châtel-Guyon,* par le docteur Deschamps (de Riom), 1887.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. Baraduc, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. Polaillon lit, au nom de M. le docteur Pintaud-Désallés (de Larochefoucault), membre correspondant, une observation intitulée : *Cas de rage; quinze inoculations au laboratoire de M. Pasteur; mort 47 jours après ces inoculations, probablement de la rage.*

Déclie, âgé de 54 ans, aubergiste à Larochefoucauld, doué d'une forte constitution, est mordu le 20 mai par un chat à une jambe, à travers un gros pantalon. Immédiatement, cet homme est frappé de l'idée que l'animal doit être enragé. Aussi se rend-il aussitôt chez le docteur Bourrand, qui, à peine dix minutes après l'accident, cautérise la morsure avec un fer rouge.

Le confrère m'a raconté, dès cette époque, combien la blessure lui avait paru insignifiante. On apercevait sur la peau l'impression des dents du chat, et les canines avaient fait sous l'épiderme une plaie en séton. Le traumatisme était presque insignifiant; à tel point que, si le confrère a usé de la cautérisation, c'était surtout dans la pensée de calmer l'état de surexcitation du malade. Nous savons tous qu'il n'est pas nécessaire d'une porte d'entrée bien grande pour l'inoculation du virus. Mais on doit tenir compte, dans ce cas particulier, de l'action préservatrice du pantalon sur la dent. Au reste, le docteur Bourrand, en ce moment au Mont-Dore, rédigera une note sur ce point capital.

Donc, mordu le 20, le malade part pour Paris le 21, sous l'empire de grandes préoccupations.

En présence des circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident, M. Pasteur aurait dissuadé Déclie de se faire inoculer; mais, sur l'insistance du malade, et toujours dans le but de calmer le moral, on lui aurait fait quinze inoculations en neuf jours, dont douze dans les six premiers jours; en sorte que Déclie a pu rentrer à Larochefoucauld le 3 juin.

A partir de ce moment, notre homme avait repris ses occupations. Le 16 juillet, il moissonnait encore, et dans la matinée du 18, quoique fatigué, il aidait à porter au cimetière, distant de 1 kilomètre, le cercueil d'un ami.

Au retour, il se met au lit, accusant un malaise général, de la faiblesse dans les membres.

Le docteur Nadaud le voit pour la première fois le mardi 19, à deux heures du soir. La langue est saburrale, douleur à l'épigastre, un peu de dyspnée, anxiété précordiale, sputation fréquente, dysphagie. Il boit, mais avec gêne, même avec une cuillère d'argent bien brillante. Il n'a jamais eu d'horreur pour les liquides. On pense à un embarras gastrique. Purgatif.

A cinq heures du soir, mêmes phénomènes plus accusés. Picotements dans les bras et les mains, engourdissements, difficulté de mouvoir les bras.

A huit heures du soir, consultation avec le docteur Bossand. Le malade est calme. Tous les phénomènes précités se sont amendés. La respiration est facile; il ne crache que rarement, et la parésie des bras s'est dissipée. On constate un peu d'engouement pulmonaire; cependant, en dépit de cette amélioration apparente, les médecins croient d'un commun accord à des accidents rabiques.

Nuit calme, mais sans sommeil.

Déclie s'endort le 20, à huit heures du matin; un moment après, il se réveille en sursaut, se plaint d'oppression excessive, dit qu'il étouffe, s'agite; puis tout se calme; on le fait boire, il en éprouve un certain bien-être, et cependant il est persuadé que sa fin est proche; il a des mouvements de déglutition très rapprochés; on voit qu'il avale sa salive avec peine, et la mort arrive brusquement : trois ou quatre inspirations, et tout s'arrête. A ce moment, on aperçoit un peu d'écume à la bouche.

Aussitôt informé de l'événement, j'insiste auprès de mon confrère Nadaud pour qu'il

obtienne de la famille l'autorisation de faire l'autopsie. Nous aurions eu, comme critérium, l'inoculation du bulbe. Malheureusement, la famille s'y est catégoriquement refusée.

Quant au chat, l'autopsie en a été faite. Son estomac contenait quelques débris, entre autres des poils. Un lapin inoculé avec son bulbe a présenté des phénomènes de paralysie, puis on l'a trouvé mort. Il est fâcheux que le bulbe du lapin n'ait pas été inoculé lui-même à un autre lapin, avec un redoublement de surveillance.

Tels sont les renseignements un peu hâtifs qu'il m'est donné de vous fournir, avec le regret de ne pouvoir les donner plus clairs, plus précis, plus concluants. Le docteur Nadaud se propose de publier à ce sujet un travail plus étendu.

La lecture de cette observation est suivie d'une longue discussion, à laquelle prennent part la plupart des membres présents. L'opinion unanime de la Société est que le fait rapporté par M. Pintaud-Désallées manque des éléments propres à entraîner une entière conviction. Comme il le reconnaît lui-même, M. Pintaud-Désallées n'a pas vu le malade, il ne rapporte l'observation que par ouï-dire. Rien ne prouve que D... ait été réellement atteint de la rage, ni surtout qu'il soit mort de la rage; il semble, au contraire, d'après l'observation, que la cause de la mort a été tout autre. En l'absence d'autopsie, il convient de rester dans un doute absolu.

Le chat était-il enragé? Rien non plus n'en donne la certitude, et le fait d'avoir trouvé des poils dans son estomac n'a aucune valeur : les animaux à poils, qui ont l'habitude de se lécher, ne manquent jamais d'avaler leurs poils. Il est vrai qu'un lapin inoculé avec le bulbe du chat est mort paralysé; mais comment a été faite l'inoculation? C'est ce que l'observation ne précise pas, et il n'est pas possible de dire à quoi a succombé ce lapin, dont le bulbe d'ailleurs n'a pas été inoculé.

En résumé, la Société pense que l'observation, telle que l'envoie M. Pintaud-Désallées, ne saurait être invoquée dans l'enquête qui se poursuit au sujet de la méthode pastorienne, et elle s'associe entièrement aux réserves que M. Polaillon a cru devoir formuler.

Une seconde observation de M. Pintaud-Désallées se rapporte à un cas de *tétanos traumatique terminé par la guérison.* Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, jouissant d'une excellente santé et d'une vigoureuse constitution; cette femme, occupée, dans un village éloigné de son domicile, à diriger une machine à battre le blé, se fait, le 17 avril 1886, une plaie contuse avec le crochet de sa machine, à la face inférieure et interne du bras droit, à quelques centimètres au-dessus de l'épitrochlée. Malgré cette blessure, peu grave en apparence, cette femme continue son travail dans des conditions de véritable surmenage. Le 25 août, premiers symptômes du trismus. Notre confrère n'est appelé que le 2 septembre; il institue un traitement par le chloral à haute dose, et, le 30 septembre, la malade était entièrement guérie. Dans l'espace de vingt-huit jours, elle avait absorbé l'énorme quantité de 114 grammes de chloral par la bouche, plus 16 grammes par la voie rectale.

Il est à noter que, après sa blessure, la malade s'était reposée dans une ferme où, huit ans auparavant, un cheval avait péri du tétanos; ce qui, comme le fait remarquer M. Polaillon, paraîtra un argument probant aux partisans de la contagion équine. Malgré le long temps écoulé (huit ans), on pourra supposer que le microbe pathogène avait persisté dans l'écurie où le cheval avait succombé.

M. Polaillon croit d'ailleurs à la contagion du tétanos. Il a rapporté à la Société de chirurgie trois cas de tétanos observés dans son service, et qui ne pouvaient s'expliquer que par la contagion.

Des remerciements sont votés à M. Pintaud-Désallées pour sa communication.

— M. Budin lit une observation intitulée : *Perforation des petites lèvres; son mode de production.* (Sera publiée.)

M. Fraigniaud : J'ai eu l'occasion d'observer une fois une perforation des petites lèvres, dont je ne pouvais m'expliquer l'origine : la théorie de M. Budin me paraît très plausible.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

FORMULAIRE

Elixir contre la dyspepsie gastralgique. — H. Huchard.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50 centigr.
Acide chlorhydrique pur	2 gr. 50 —
Eau distillée	50 grammes.
Elixir de Garus	250 —

F. s. a. une solution, dont on prescrit un verre à liqueur après chaque repas.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les vaccinations préventives du charbon en Italie. — L'Institut Pasteur a, au rapport de la *Riforma medica*, envoyé en Italie, en juillet dernier, une quantité suffisante de vaccin pour inoculer 1,010 pièces de bétail (bœufs et moutons). 300 inoculations ont été faites dans la province romaine, 300 en Lombardie, 100 en Vénétie, 200 dans les provinces du sud et le reste en Piémont. Ces vaccinations ont été partout couronnées de succès.

Le directeur de l'École vétérinaire de Naples a demandé des matériaux pour 1,000 nouvelles vaccinations. C'est surtout dans les fermes et métairies des environs de Venise que les inoculations préventives du charbon doivent prendre une grande extension.

Un futur Congrès international d'ophthalmologie a Heidelberg. — Le comité de la Société d'ophthalmologie de Heidelberg a pris la résolution de provoquer pour l'année prochaine un Congrès international d'ophthalmologie dans la ville universitaire allemande. Il a chargé le directeur de la clinique ophthalmologique de Heidelberg, le conseiller médical Otto Becker, de faire les démarches nécessaires. L'éminent oculiste a communiqué ce projet au conseil municipal qui l'a accueilli avec enthousiasme. La Société d'ophthalmologie de Heidelberg est fréquentée par plus de cent oculistes connus : le professeur Schwigger (de Berlin), Fuchs (de Vienne), Stattler (de Prague), Bull (d'Amérique), Meyer et Valude (de Paris), Brettauer (de Trieste), Zehender (de Rostock), Bellarminve (de Saint-Pétersbourg), Westhoff (de Hollande), Fitzgerald (d'Angleterre), etc. — Ch. S.

COURRIER

Erratum. — Dans la formule du 4 octobre, « Traitement de la syphilis tertiaire », page 480, au lieu de : Iodure de potassium 50 grammes, eau distillée 500 grammes, lisez : Iodure de potassium 30 grammes, eau distillée 500 grammes. — N. G.

Nécrologie. — Nous apprenons aves regret la mort de M. Eugène-Prosper Ollivier, docteur en médecine, pharmacien principal de première classe, en retraite, officier de la légion d'honneur, décédé à Paris à l'âge de 60 ans.

Société médico-pratique. — La Société médico-pratique vient de transférer définitivement son siège au Palais des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins (entrée par le n° 16).

Séance du 10 octobre. — *Ordre du jour* : 1. M. Schwartz : Corps étranger de la vessie chez un prostatique ; extraction par les voies naturelles, guérison. — 1. M. Dauchez : Ulcères variqueux de l'œsophage, avec hématémèses, dans le cours d'une cirrhose graisseuse. — 3. M. E. Desnos : Kyste de la glande vulvo-vaginale.

Dictionnaire de botanique, par M. H. Baillon, vingt-deuxième fascicule. — HYPE — KYRT. — Librairie Hachette et Cie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Sur une suite éloignée et rare du panaris.

Des analogies du panaris osseux avec l'ostéo-myélite infectieuse (1).

Par le docteur L.-H. Petit.

La théorie de l'ostéo-myélite infectieuse, ou mieux la théorie qui tend à considérer actuellement l'ostéo-myélite comme une maladie infectieuse, rassemble de jour en jour de nouveaux faits pour l'appuyer, et tout récemment encore à la Société de chirurgie de Paris, MM. Lannelongue, Verneuil, Trélat, ont pris la parole en sa faveur.

Les faits de ce genre ne sont pas, à la vérité, connus d'hier, mais j'ai pensé qu'il y aurait intérêt à en rappeler quelques-uns déjà assez anciens.

Il y a vingt-trois ans, en 1863, mon cher maître, M. Verneuil, communiquait à la Société de chirurgie l'histoire d'une femme qui, atteinte d'une ostéo myélite de l'os iliaque quatorze ans auparavant, avait été prise en dernier lieu d'une ostéo-myélite de l'humérus qui avait causé une fracture spontanée de cet os et nécessité la désarticulation de l'épaule. (*Soc. de chir.*, 1863, p. 28, et *Mém. de chir.*, t. II, p. 377.)

Cette affection avait évolué comme une de ces ostéomyélites infectieuses dont on nous a tracé plus récemment la physionomie : ostéomyélite de l'os iliaque; abcès de la fosse iliaque donnant lieu à une fistule qui, depuis lors, s'est fermée et rouverte à plusieurs reprises en déterminant des accidents multiples : fièvre, abattement, délire, prostration des forces très marquée, formation facile du pus et peu de tendance au contraire à la cicatrisation des foyers; quatre jours après avoir lavé du linge par un temps froid, et avoir conservé longtemps ce linge mouillé sur son bras nu, elle est prise d'une ostéo-myélite de l'humérus, à marche suraiguë, puisqu'au neuvième jour il y eut une fracture de l'os après une chute insignifiante; il semble donc que l'application du froid ait provoqué, comme dans des expériences récentes, la localisation des microbes sur l'humérus, son inflammation et sa nécrose rapide. La désarticulation du bras permit de constater les lésions produites par l'ostéo-myélite, c'est-à-dire : abcès sous-périostique, nécrose et fracture de l'os. La malade guérit bien, dans les délais à peu près normaux.

Depuis lors, M. Verneuil a vu bien des fois l'ostéo-myélite donner lieu aux symptômes d'une maladie infectieuse. Un des faits qui l'ont le plus frappé, a été la production d'abcès profonds, osseux, sous-périostiques, musculaires, sous-cutanés, à la suite d'une affection considérée en général comme bénigne, le panaris, mais qui, dans certains cas, acquiert une gravité considérable. Le panaris appartient alors bien entendu à la variété dite *panaris osseux*, véritable ostéo-myélite qui peut se comporter alors comme celle dont je parlais tout à l'heure, et dont voici quelques exemples :

Dans une discussion qui eut lieu à ce sujet en 1872 à la Société anatomique, M. Ch. Monod communiqua le fait d'un homme mort d'infection

(1) Communication au Congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, à Nancy, août 1886.

purulente, avec abcès dans le cerveau et infiltration purulente du muscle temporal, sans pouvoir en trouver le point de départ ailleurs que dans un panaris cicatrisé depuis quelques jours. A l'autopsie, on ne trouva pas de pus à ce niveau, mais l'os était encore rouge. C'était donc un panaris osseux terminé par infection purulente. (*Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 58.)

M. Verneuil a vu plusieurs cas de ce genre. Il a observé avec M. Oulmont un malade présentant les symptômes d'une néphrite, de l'adynamie, suivie de mort. A l'autopsie, on a trouvé dans les reins et les poumons les abcès de la pyohémie; et comme lésion initiale, une petite cicatrice rougeâtre au pouce, avec exfoliation épidermique. (*Id.* p. 58.)

Pendant le siège, il avait vu déjà un soldat très fatigué succomber au bout de cinq mois avec albuminurie et une articulation coxo-fémorale remplie de pus. Le seul point de départ lui parut être un panaris presque entièrement cicatrisé. (*Id.*, p. 59. Voir plus loin l'obs. I.)

En 1872, il rencontra un troisième cas chez un jeune sujet de forte constitution, entré dans son service avec un volumineux abcès de la fesse survenu sans cause appréciable, accompagné de fièvre et d'un état général mauvais; mais il existait encore à la face palmaire de la première phalange du pouce gauche, une toute petite plaie laissant suinter une goutte de pus; le malade avait eu, le mois précédent, un panaris suivi de l'issue d'un petit fragment osseux; l'abcès de la fesse fut largement ouvert; il s'en forma un autre dans la gaine du muscle droit de l'abdomen, puis un troisième aussi volumineux dans la fosse iliaque du même côté; en même temps s'observaient les phénomènes généraux de la pyohémie chronique, qui céda enfin après l'ouverture des abcès; mais la cure demanda près de trois mois avec les toniques et les stimulants. La guérison fut parfaite. (Voir plus loin l'obs. II.)

M. Saxtorph, de Copenhague, a rapporté, en 1875, le fait d'un jeune homme de 20 ans pris de pyohémie à la suite d'un panaris osseux; on ouvrit, par la méthode antiseptique, une arthrite purulente énorme des genoux et plusieurs abcès sous-cutanés en diverses régions du corps. Au bout de quelques mois, il était guéri, ne conservant qu'un peu de raideur dans les genoux. (*Bull. et mém. Soc. de chir.*, Paris, 1875, p. 508.)

Ces pyohémies tardives qui paraissaient avoir pour point de départ des lésions insignifiantes, prouvaient donc que le panaris était une véritable ostéo-myélite infectieuse persistant en quelque sorte d'une manière latente, se réveillant sous l'influence d'une cause banale, comme le froid, et susceptible de guérison.

M. Verneuil a encore rapporté succinctement deux cas de ce genre dans ses *Mémoires de chirurgie*. (t. II, p. 354). Mais, cette fois, l'issue de la maladie a été plus grave; Il a fallu pratiquer la désarticulation du membre supérieur, qui a été suivie de mort.

Dans le premier cas, une femme de 40 ans, extrêmement grasse et d'une santé le plus souvent mauvaise, se fait au doigt une piqûre insignifiante; il en résulte un panaris, puis un phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras que rien ne peut arrêter. Le bras est envahi à son tour, l'état général est déplorable; comme dernière ressource, on désarticule le bras et la malade succombe le lendemain.

A quelque temps de là, entre dans son service un homme de 50 ans environ, grand, maigre, ordinairement bien portant; un panaris, né cette fois spontanément, provoque une angioleucite diffuse suivie de phlegmon

profond de la main et de l'avant-bras. Des incisions multiples modèrent les accidents; mais deux poussées d'érysipèle, une recrudescence du phlegmon, l'ouverture de l'articulation du coude à la chute d'une eschare, une fusée purulente dans l'épaisseur du bras et un mouvement fébrile continu indiquent la nécessité de l'opération. On désarticule l'épaule, la mort survient trois jours plus tard.

Ces deux nouveaux cas sont presque identiques. Mêmes lésions servant de prétexte à l'amputation : panaris et phlegmon diffus; même état général au moment de l'opération, même pronostic avant et après, même issue fatale. Mais le panaris, lésion initiale, était traumatique dans le premier cas et spontané dans l'autre. C'est la seule différence qui existe entre ces deux cas, et, au point de vue de la pathogénie des accidents consécutifs au panaris, on peut n'en tenir aucun compte. L'intérêt des observations réside dans ce fait que le panaris s'est comporté comme une maladie infectieuse à marche rapide et mortelle.

Les faits de ce genre ne sont probablement pas rares, si nous nous en rapportons au nombre relativement assez grand de ceux que nous avons pu recueillir. Nous pouvons encore en mentionner plusieurs sur lesquels nous n'avons malheureusement que des notes trop succinctes pour pouvoir les faire entrer en ligne de compte : Un tailleur admis à la Pitié il y a quelques années avec un phlegmon sous-périostique formidable de la cuisse et phénomènes de pyohémie, consécutifs à un panaris du pouce; — un malade vu en assistant à une visite dans le service de M. le professeur Trélat, à la Charité, avec cette mention : pyohémie, abcès métastatiques, à la suite d'un panaris.

Nous allons maintenant rapporter quelques observations sur lesquelles nous avons heureusement plus de détails.

Observation I. — *Panaris du pouce. — Pyohémie consécutive à marche lente; arthrite coxo-fémorale subaiguë; parotidite suppurée. — Albuminurie. — Cachexie. — Mort.* (Résumée d'après la thèse de M. Vacqueret : *Pyohémie à marche excessivement longue à la suite d'un panaris.* — Paris, 1874.) — M. K..., 47 ans, garde national pendant le siège de 1870-71, a subi de grandes fatigues et de grandes privations. Dans la seconde quinzaine de février 1871, panaris du pouce gauche. Malgré un traitement actif, on ne put obtenir la résolution spontanée; l'incision pratiquée, la guérison se fit encore attendre, et quoique la cicatrisation ne fût pas complète, la suppuration disparut. Le malade se condamne à un jeûne presque absolu; au commencement de mars, douleur intense suivant le trajet des nerfs sciatique et crural, premier indice d'une affection qui resta longtemps sans diagnostic précis et dura jusqu'à la mort. Supposant une névralgie sciatique, on appliqua d'abord des vésicatoires volants, sans aucun résultat, puis des bains, des fumigations, etc. Insomnie, fièvre; amaigrissement rapide.

Le 18 avril, apparaît une légère tuméfaction de la racine de la cuisse; M. Verneuil, appelé en consultation, songe à une arthrite coxo-fémorale, qui ne confirme pas l'examen de l'articulation dont les mouvements restent libres et indolents; néanmoins, cette hypothèse paraissant la plus plausible, on place le malade dans une gouttière de Bonnet.

Le 2 mai, l'état local et général du malade s'est aggravé; le gonflement se prononce davantage; douleurs intenses, teinte subictérique, langue sèche, pouls petit, mais fréquent (120 pulsations); quelques fourmillements le long de la colonne vertébrale, sueurs. L'articulation ne présente rien de particulier à l'exploration; la pression sur la région trochantérienne ne révèle pas plus de douleurs que dans les autres points. Les douleurs lancinantes le long du sciatique et du crural persistent.

M. Verneuil ne voyant dans l'articulation fémoro-iliaque rien de positif et, d'un autre côté, constatant l'absence de cicatrisation du panaris, l'arrêt de la suppuration et

l'amaigrissement extrême du malade, se prononce pour une pyohémie. Son collègue, le professeur C..., incline plutôt pour une tumeur du bassin.

Du 5 au 12 mai, même état; horripilations; caractère très irritable; somnolence; pouls à 130, petit, misérable; peau sèche, puis sueurs. Une tuméfaction à la région parotidienne droite apparaît sans douleur; il se forme là un abcès qu'on incise le 14. Cataplasmes. Quinquina. Opium.

Du 15 au 18, l'état du malade s'aggrave. L'haleine répand une odeur urineuse très prononcée; langue sèche; urine sanguine; ischurie; la région rénale explorée ne présente rien de remarquable; l'émission de l'urine ne provoque aucune douleur; intelligence troublée.

Du 20 au 22, délire calme, continuel; albumine dans les urines; pouls à peine appréciable, filiforme. Pronostic des plus graves. Cet état dure quelques jours; puis, le 1er juin, survient une amélioration locale et générale.

Jusqu'au 6 juin, physionomie meilleure; pouls moins fréquent, plus ample. L'abcès de la région parotidienne marche vers la cicatrisation, quoique lentement; la cuisse n'est pas plus tuméfiée; l'albumine des urines a disparu. Pas de fluctuation dans la région coxo-fémorale. M. Verneuil demande au malade de se soulever dans sa gouttière; mais celui-ci, redoutant les douleurs, s'y refuse obstinément; on le décide néanmoins, mais les mouvements ne se font seulement que dans la colonne vertébrale; l'articulation coxo-fémorale n'y prend aucune part. Cependant le lendemain, M. K... se croyant seul, s'assied dans sa gouttière sans manifester la moindre douleur.

Le 10, l'état s'aggrave de nouveau : frissons suivis de sueurs; l'albumine reparaît dans les urines; on constate un gonflement assez prononcé du côté interne de la cuisse et au pli de l'aine, sans trace de fluctuation; douleurs aiguës à la pression; un peu d'œdème au membre inférieur. On retire le malade de la gouttière.

Du 22 au 28, aphthes dans la bouche; la parotidite se cicatrise, mais la plaie du panaris persiste.

A partir de ce moment, alternatives de mieux et d'aggravation dans l'état général et local, mais l'affection locale progresse néanmoins; la tuméfaction s'étend peu à peu jusqu'au genou, sans fluctuation; l'albumine se montre et disparaît de temps en temps; œdème des membres inférieurs; douleurs passagères dans le panaris, qui ne se cicatrise nullement. A la fin de septembre, l'aggravation suit une marche continue; le gonflement progresse, devient beaucoup plus prononcé au pli de l'aine, sans aucune fluctuation évidente; frissons; œdème qui envahit l'abdomen, puis la face et les membres supérieurs; petite toux sèche, diminution du bruit respiratoire et râles sous-crépitants à la base des deux poumons.

Mort le 13 octobre.

Autopsie. — Une incision pratiquée au côté interne de la cuisse donne lieu à l'écoulement d'une quantité considérable de pus mal lié, sale, grisâtre, huileux, avec traces de sang. L'incision, prolongée jusqu'au genou, découvre une énorme collection purulente s'étendant depuis la hanche jusqu'à quelques centimètres au-dessus du genou, et contenant environ deux litres de pus. Les muscles, macérés, décolorés, sont réduits à quelques fibres en certains points. Le périoste est décollé dans les deux tiers supérieurs du fémur, épaissi dans quelques points, aminci et perforé dans d'autres; l'os offre un aspect gris-sale et n'est pas tuméfié.

Du côté de l'articulation coxo-fémorale, destruction de la capsule et des cartilages d'incrustation, ainsi que du tiers supérieur de la tête du fémur. Agrandissement de la cavité cotyloïde.

Reins sains; rate tuméfiée, sans abcès, non plus que le foie. Rien dans les vaisseaux fémoraux. Poumons infiltrés de sérosité, surtout à la base.

La cicatrisation du panaris n'est pas complète.

Pour mieux apprécier les symptômes de cette maladie, on peut, comme l'a fait M. Vacqueret, les diviser en deux périodes.

La première est caractérisée par le panaris, qui se développe durant la seconde moitié de février, avec son cortège de symptômes, la non cicatri-

sation et la disparition de la suppuration; dans les premiers jours de mars, par des douleurs survenant dans la cuisse droite, avec élancements sur le trajet des nerfs sciatique et crural, sans tuméfaction même apparente; par cette tuméfaction qui n'apparaît que dans la seconde moitié d'avril; par les insomnies opiniâtres, la fréquence du pouls, l'amaigrissement, les sueurs, les horripilations le long de la colonne vertébrale, la parotidite suppurée; par les urines sanguinolentes, l'haleine urineuse, le pouls filiforme, l'état comateux et, pour la première fois, l'apparition de l'albumine dans les urines.

La seconde période commence vers la fin de mai; elle est caractérisée par une amélioration apparente, un état stationnaire durant le mois de juin, par des sueurs profuses, par une augmentation de la tuméfaction de la cuisse, par la constatation de la liberté complète de l'articulation fémoro-iliaque au moment de la translation du malade hors de sa gouttière; puis par des frissons des plus intenses, des chaleurs, des sueurs abondantes, un pouls misérable et très fréquent; par la langue sèche, l'œdème des membres inférieurs, la présence de l'albumine en quantité très notable dans les urines; par l'absence du déplacement même apparent du membre affecté; par aucune modification dans l'attitude de ce membre; par une sensation d'empâtement au pli de l'aine et l'absence de fluctuation, les hoquets, les progrès de l'hydropisie et la mort.

De ce long exposé, M. Vacqueret conclut à l'admission du diagnostic porté par M. Verneuil, c'est-à-dire d'une pyohémie à marche lente, dont le panaris fut la cause occasionnelle; elle a dû débuter par un abcès sous-périostique du fémur, puis le travail pathologique s'est acheminé jusque dans l'articulation coxo-fémorale. (*A suivre.*)

Le Congrès d'hygiène de Vienne.

Vienne, le 28 septembre 1887.

Les gens qui parlent la même langue ont, le plus souvent, bien du mal à s'entendre lorsqu'ils discutent des questions plus ou moins claires. Représentez-vous alors la lumière qui doit jaillir d'une discussion où chacun vient parler sa langue. Les orateurs se succèdent à la tribune, où l'on voit souvent réfuter des arguments qui ne sont pas en cause. Ce n'est pas que je veuille parler irrévérencieusement de ces réunions de savants qui viennent de tous les pays apporter le fruit de leur expérience et de leurs travaux. En réunissant ainsi en un même faisceau les différentes manières de voir, les idées, les méthodes qui varient avec l'influence du milieu, avec l'éducation et avec les sentiments propres à chaque peuple, on obtient ainsi un ensemble qui permet à tout esprit impartial d'apprécier mieux et d'une façon plus complète. C'est là le grand avantage d'un Congrès international. Aussi la discussion y a-t-elle peu de place. Un sujet étant choisi et déterminé à l'avance, chaque auteur vient exposer sa manière de comprendre la question et formuler des conclusions.

Cependant, malgré l'intérêt de ce travail de compilation, le résultat ne serait pas suffisant pour une science aussi exacte et aussi pratique que l'hygiène. Les discussions théoriques ont une grande importance; mais les paroles ne suffisent pas, il faut des actes, il faut conclure et appliquer les conclusions. C'est M. Brouardel qui a été le promoteur de cette idée. Les gouvernements ont envoyé des délégués; il ne faut pas que ceux-ci se contentent de faire un rapport, après lequel tout est dit. Il faut nommer une commission qui vote des conclusions; et chacun des membres devra user de toute son influence et de toute son énergie pour faire appliquer par son gouvernement les résolutions d'hommes d'une compétence incontestée. C'est alors que les Congrès internationaux seront vraiment utiles.

Il est une question où cette idée s'impose de toute nécessité. C'est la falsification des matières alimentaires et des boissons. Les différents peuples s'empoisonnent réciproquement. Bien des matières alimentaires, qui ne peuvent être vendues dans les pays où on les fabrique, à cause de la surveillance locale, sont exportées chez le voisin. L'Allemagne inonde la France de bières plus ou moins salicylées; la France lui envoie des vins auxquels le laboratoire municipal décerne des épithètes peu engageantes. Aucune loi, aucun règlement précis ne s'oppose à cette guerre déloyale. Mais si ce désidératum est facile à formuler, il est moins aisé de le combler. De grandes difficultés se présentent dès l'abord.

Quand peut-on dire d'un produit qu'il est falsifié? Est-ce quand il contient une substance étrangère à sa composition naturelle, ou quand une des substances qui entrent dans sa composition normale s'y trouve en quantité anormale? C'est là, d'après M. Brouardel, la meilleure définition. Mais les fabricants protestent. Qu'importe, disent-ils, que nous ajoutiona à nos produits une matière colorante, ou une substance qui permette de mieux les conserver, si ce que nous ajoutons ne nuit pas à la santé. C'est qu'en effet le diagnostic de ces intoxications journalières est fort difficile; la santé n'est altérée que petit à petit; et ce poison est d'autant plus dangereux qu'il s'installe insidieusement sans éveiller l'attention. De là une difficulté presque insurmontable pour savoir si un produit est bon ou mauvais.

Mais il est d'autres cas où le danger est plus évident. C'est sur eux qu'on a de la prise; c'est là que le comité international peut agir. Les mesures à prendre ont été bien étudiées par Brouardel et Pouchet, Caro (de Madrid), Ferrière (de Genève), Van Hansel Roos (d'Amsterdam). Hilger, professeur à Erlangen, a formulé le programme suivant : nomination d'une commission internationale, composée de trois membres par pays, dans le but de proposer des mesures internationales contre la falsification des matières alimentaires, et de les faire exécuter.

Elle devra établir le contrôle régulier des matières alimentaires; fonder des laboratoires municipaux et de l'Etat, organisés d'une manière aussi semblable que possible; fixer des méthodes uniformes d'examen; établir une législation internationale disposant de moyens d'exécution identiques; fonder une revue internationale contre la falsification des denrées alimentaires et des boissons « qui servirait d'organe aux travaux, aux résolutions et à l'activité de cette commission ». Le premier numéro de cette revue a déjà paru; il est fort intéressant. Parmi les collaborateurs français, citons : Brouardel, Berthelot, Girard, Houzeau.

La question de la propagation de la fièvre typhoïde a été discutée dans les sections. Une communication qui a vivement frappé est celle de M. Kowalski, médecin de régiment à Klosterneuburg, près Vienne. Elle est intéressante par sa netteté; la voici en quelques mots : Dans une caserne, il y avait 600 soldats; 311 contractent la fièvre typhoïde, 29 meurent. La cause de cette épidémie est uniquement l'eau à boire. On ne saurait la mettre sur le compte de la nourriture, puisque deux compagnies casernées à Vienne, et recevant les aliments du même endroit, n'ont pas eu un seul malade. On ne peut invoquer le surmenage des soldats, puisque des gens ayant peu à faire, comme des ordonnances, des domestiques, des employés d'administration, des femmes et des enfants ont contracté la maladie; ni la stagnation des eaux de ce qu'on appelle « le bras mort » du Danube, puisque la population civile qui demeure autour n'a pas présenté un seul malade. Pour la même raison, on peut repousser l'influence de l'état du sol. Reste l'eau à boire. On se servait de l'eau d'un puits; cette eau avait paru mauvaise au goût dans les derniers temps; on l'avait fait examiner chimiquement, et on avait déclaré qu'elle était buvable. Il faut noter qu'un capitaine, qui faisait toujours venir son eau de table de Vienne, confiant dans l'analyse, se met à boire de l'eau du puits; il tombe aussitôt malade, lui, sa famille et ses domestiques. L'épidémie déclarée, on examina cette eau; elle fut trouvée remplie de bacilles de la fièvre typhoïde. On retrouva ces mêmes bacilles à l'autopsie des malades. Ces bacilles furent cultivés et inoculés, et donnèrent des résultats confirmatifs. Les parois du puits furent trouvées lézardées; le puits réparé, l'épidémie cessa brusquement.

La pratique de la désinfection a été étudiée par Löffler (de Berlin) et Dobroslawin

(de Saint-Pétersbourg). M. Richard, professeur agrégé au Val-de-Grâce de Paris, a fait un rapport fort intéressant. Nos idées sur la valeur des désinfectants se sont modifiées dans ces dernières années avec une telle rapidité, qu'il a été impossible à la pratique de suivre la théorie d'un pas égal. « Nous ne sommes pas encore très loin de l'époque, dit M. Richard, où l'on croyait en bonne foi désinfecter une chambre de malade en plaçant sous le lit une assiette contenant un peu d'eau phéniquée ; et l'on se trouvait rassuré comme ces enfants qui, placés derrière un paravent pendant un bombardement, n'ont plus peur des projectiles. » Aujourd'hui, nous avons reconnu l'inutilité ou l'insuffisance de certains agents désinfectants qui jouissaient naguère de toute notre confiance. Notre pratique de la désinfection est en pleine transformation. C'est M. Vallin qui, par son *Traité de la désinfection,* a amorcé le mouvement auquel nous assistons. En France, il existe des étuves à désinfection dans les hôpitaux de Paris et de quelques grandes villes. Si l'on obtient de mettre des étuves à la disposition du public, on aura généralisé d'un coup, et dans une large mesure, la pratique de la désinfection en France.

A Paris, lors de l'épidémie cholérique de 1884, la préfecture de police a organisé un service de désinfection. Des escouades de sept hommes chacune étaient prêtes à partir, de sept heures du matin à sept heures du soir, munies de tout le matériel nécessaire. Ces désinfecteurs, pris parmi des gens sérieux, étaient surveillés par des médecins délégués et les commissaires de police. Ces escouades ont désinfecté 798 logements, mais d'autres désinfections ont été faites directement par les soins des municipalités, des commissaires de police et des familles elles-mêmes. Ces mesures ont certainement contribué à restreindre l'épidémie.

MM. Pasteur et Colin, rapporteurs du Comité d'hygiène de la Seine, demandent la création, sur deux points opposés de Paris, d'étuves à désinfection chauffées par la vapeur d'eau à + 100° En attendant que le Conseil municipal se décide à voter cette proposition, l'industrie privée commence à créer des établissements à désinfection. Il faut encourager ces industries. C'est aux médecins qu'il appartient de les faire prospérer. Ces établissements doivent être soumis au contrôle et à la surveillance de l'administration sanitaire.

Les maladies où la désinfection est indiquée actuellement, et considérée comme efficace, sont le choléra, la peste, la fièvre jaune, la variole, la diphthérie, la scarlatine, la rougeole, les septicémies, surtout la septicémie puerpérale, la morve, la rage, la fièvre typhoïde. Mais il est une maladie contre laquelle on doit de plus en plus diriger la désinfection, c'est la tuberculose. Vallin, Ollivier, Richard ont attiré l'attention sur la transmission de la tuberculose par les vêtements, la literie dans les hôpitaux, les casernes, les lycées, dans les hôtels et les demeures particulières. Il faut, dit Richard, une désinfection radicale de tous ces objets. C'est pour lui un des moyens prophylactiques les plus puissants contre la tuberculose.

Il étudie les agents de désinfection les plus usités. La propreté, cette désinfection élémentaire, est la plus importante de toutes. Des linges humides doivent remplacer les balais, qui enlèvent mal la poussière, et ne font guère que la déplacer. Comme désinfectants gazeux, les fumigations nitreuses sont, avec les sulfureuses, les seules employées. Pour les liquides, il recommande surtout le sulfate de fer dans l'eau à 1/10e, le sulfate de cuivre ou de zinc, le chlorure de zinc, l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique en solution à 1/20e, la solution phéniquée à 1/20e et 1/50e, le bichlorure de mercure.

Les expériences de Grancher, Vinay et Arloing ont montré que la chaleur humide à 115° pendant quinze minutes, tue tous les microbes; c'est donc le plus puissant instrument de désinfection. Ces conditions sont réalisées par les étuves à vapeur de MM. Geneste et Herscher.

Enfin, M. Richard recommande, chose qui n'est pas encore assez entrée dans la pratique, de désinfecter les selles, les vomissements et surtout les crachats.

Les séances du Congrès étant levées, on se donne rendez-vous à l'Opéra. Par ordre de l'empereur, une représentation de gala réunit tous les membres du Congrès et leur famille. Peut-être aurait-on pu composer un spectacle avec plusieurs actes d'opéra, où nous aurions pu apprécier les excellents artistes de l'Opéra de Vienne ; on a préféré

nous donner huit actes de ballet : *Excelsior* et *Wiener Walzer*. La salle était fort intéressante, le spectacle l'était moins. Dans la loge impériale, plusieurs généraux et chambellans; dans la première loge de gauche, on remarque Brouardel, Virchow et Pettenkofer; dans celle de droite, Proust avec plusieurs professeurs de la Faculté de Vienne. Orchestre excellent; mais le ballet, monté d'une façon mesquine, ne rappelait que de très loin celui que nous avions admiré à Paris. Les danseuses viennoises n'ont pas la régularité de mouvements et la correction des Italiennes, ni la grâce des Françaises, mais elles sont si jolies femmes qu'elles ont soulevé une admiration universelle, et elles la méritent.

Maurice SPRINGER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre. — Présidence de M. LANNELONGUE.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du discours prononcé sur la tombe de Giraud-Teulon.

— M. KIRMISSON a eu l'occasion de pratiquer récemment une désarticulation inter-scapulo-thoracique par le procédé employé par M. Jeannel de (Toulouse), dans un cas dont la relation a été faite par M. Berger à la dernière séance. Il s'agissait d'un garde-chasse de Meudon, âgé de 27 ans, entré à l'hôpital Necker pour une blessure de la région scapulaire droite par arme à feu. Les désordres étaient graves : l'artère et la veine axillaires étaient lésées, le plexus brachial intéressé. L'hémorrhagie était abondante, la sensibilité et le mouvement du membre supérieur droit abolis.

Au moment de son entrée, le shock traumatique était trop considérable pour que l'on pût songer à une intervention; l'hypothermie était assez accentuée. Le lendemain, le thermomètre s'élevait à 38,5 et 39; l'emphysème apparaissait, l'opération fut décidée. M. Kirmisson pratiqua la désarticulation inter-scapulo-humérale suivant les règles précisées par MM. Berger et Farabeuf, section de la clavicule à sa partie moyenne, ligature de l'artère et de la veine. Elle eut lieu sans incidents; le malade ne perdit pas 100 grammes de sang. Quelques heures après, le malade succombait. Dans ce cas, comme dans ceux déjà rapportés, il ne faut pas incriminer le procédé qui est très bon, mais l'état de dépression profonde qui succède aux traumatismes de ce genre.

M. DESPRÈS croit que l'emphysème traumatique et l'âge des malades constituent des contre-indications absolues à l'intervention qui ne peut, suivant lui, être pratiquée avec quelques chances de succès que chez des sujets très jeunes. Quant au procédé opératoire, il a déjà été décrit par lui bien avant MM. Berger et Farabeuf.

M. BERGER est de l'avis de M. Desprès, au point de vue de l'âge des malades. Au-dessus d'un certain âge, 25 ans par exemple, le pronostic de l'intervention est beaucoup plus fâcheux. Il l'est également dans les cas où il y a broiement et non simple arrachement; dans les plaies par armes à feu, par exemple. L'emphysème traumatique n'est cependant pas d'un pronostic absolument fatal et l'abstention ne doit pas être une règle constante.

M. LE DENTU a opéré, il y a quelque temps, un individu présentant les caractères d'un emphysème septique type. Il s'agissait d'un homme, travaillant dans une ménagerie, qui avait reçu dans la paume de la main un coup de feu grave. L'intervention eut lieu peu de temps après l'accident et la guérison fut rapide.

M. DESPRÈS est d'avis qu'il existe souvent à la partie inférieure de la jambe, et dans la région axillaire, des emphysèmes traumatiques nullement septiques. Ils sont produits par les mouvements, dont le membre est le siège, et peuvent s'étendre bien au delà du point où a porté le traumatisme. Pour ce qui est du procédé opératoire employé par MM. Berger, Jeannel et d'autres, il pense en avoir le premier indiqué les détails dans une communication faite par lui le 18 août 1882 à l'Académie des sciences.

M. SEGOND a opéré dernièrement un malade présentant, au niveau du creux poplité, une large blessure causée par la chute d'une lampe à pétrole. L'intervention n'eut lieu que huit jours après l'accident; le malade présentait un mauvais état général, l'emphysème était considérable, il occupait toute la partie supérieure de la cuisse et une portion de la paroi abdominale, mais était séparé de l'eschare par une large étendue de tissu sain. L'amputation de la cuisse fut pratiquée très haut, au niveau de la racine du membre, par la méthode circulaire. On avait peu d'espoir de guérir le malade. Un pansement antiseptique ouvert fut appliqué; la guérison fut parfaite. Il s'agissait d'un homme de 30 à 35 ans.

M. BERGER croit mal fondée la réclamation de priorité faite par M. Desprès au sujet de la désarticulation inter-scapulo-humérale. Dans le procédé de celui-ci, en effet, deux incisions sont nécessaires; de plus, la ligature de l'artère et celle de la veine constituent un temps à part. Or, dans le procédé de M. Farabeuf et de M. Kirmisson, cette double ligature se fait au premier temps, et cette différence dans le manuel opératoire suffit à constituer une manière de faire absolument différente qui doit être dans tous les cas préférée à la méthode de M. Desprès.

M. PONCET a eu l'occasion d'observer pendant le siège de Strasbourg un grand nombre de cas d'emphysème traumatique à la suite de traumatismes par éclats d'obus. Or, il croit qu'il faut nettement séparer au point de vue du pronostic l'emphysème qui survient immédiatement après la blessure, en général peu dangereux, de celui qui se déclare plusieurs jours après et à la surface duquel se dessinent nettement les veines superficielles : celui-là est très grave.

M. LE DENTU était précisément en présence de cette dernière variété d'emphysème chez le malade dont il vient de parler, et il a opéré quand même. Aussi est-il convaincu que dans tous les cas l'abstention est pire que l'intervention.

M. KIRMISSON insiste sur ce point que le procédé diffère absolument de celui de MM. Berger et Farabeuf en ce que, dans ce dernier, le premier temps de l'opération comprend la section de la clavicule et la ligature de l'artère et de la veine.

M. SCHWARTZ fait un rapport sur une opération pratiquée par M. Routier sur un individu atteint d'artério-sclérose généralisée et discute l'opportunité de l'intervention chez les malades présentant ce genre de lésions.

— M. QUÉNU fait une intéressante communication sur la *réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus*. Ayant appris par le professeur Smith que cette opération se pratiquait couramment en Amérique, il fit sur le sujet quelques recherches qui lui permirent de constater que ce mode d'intervention avait déjà été tenté en France, par Chassaignac, en 1852. Le résultat fut sans doute peu favorable, car le célèbre chirurgien, après avoir décrit sa tentative, se hâte de vanter l'écrasement linéaire. Les conditions dans lesquelles on se trouve aujourd'hui sont nouvelles, car l'antisepsie introduit un nouvel élément dans la question. Voici le procédé adopté par M. Quénu : c'est celui de Richet, le plus simple et le plus rapide. Après l'incision, il pèle (suivant l'expression de Chassaignac) les parois de la gouttière en s'entourant de l'antisepsie la plus minutieuse; il prend avec les pinces hémostatiques les deux lèvres de l'incision rectale et il réunit. Cette réunion, impossible dans le cas où il existe des clapiers, se fait bien dans le cas de trajets simples par la méthode de Smith, qui réunit les deux lèvres de l'incision en passant un fil d'un point à un autre au moyen de la suture du sellier, et place un drain.

M. Quénu n'a pas fait de drainage et a pratiqué la suture à points séparés. Il a opéré comme pour une périnéorrhaphie, avec une aiguille de Reverdin, toujours cachée dans les parties profondes. Sutures au catgut pour les parties rectales, au fil d'argent pour le plan périnéal. Pansement au moyen de tampons d'ouate iodoformée. Sur 9 malades opérés par cette méthode et présentant toutes les variétés possibles, aussi bien au point de vue local qu'au point de vue général, il a obtenu 6 succès. Dans ces 6 cas, les points de suture étaient enlevés le neuvième jour; le dixième jour, réunion parfaite; le onzième

jour, le malade quittait l'hôpital. Le septième malade sortit le quinzième jour, mal guéri; le décollement était considérable. Le huitième et le neuvième cas furent des insuccès dus sans aucun doute à la présence des clapiers situés sur le trajet fistuleux. Il ne faut donc pas employer ce procédé dans tous les cas. Mauvais dans les cas de vastes décollements avec clapiers, il est souvent suivi de succès dans les fistules de moyenne grandeur, et presque toujours dans les fistules peu considérables.

M. Segond fit la même tentative dans le cas d'une fistule sous-cutanéo-muqueuse assez étendue. Le dixième jour, les fils étaient enlevés. Le malade revint dix jours après, l'insuccès était complet.

M. Berger s'est servi de ce procédé à trois reprises différentes : deux fois, dans le cas de fistulettes, il a obtenu le succès le plus complet; le troisième cas, beaucoup plus grave, lui a donné un insuccès. D'une manière générale, il croit l'opération impraticable dans le cas de fistule un peu étendue.

M. Pozzi a pratiqué cette opération il y a sept ans. Il a totalement échoué. Néanmoins il croit le procédé bon pour les petites fistules; mais, dans le cas de fistules ayant 5 ou 6 centimètres de longueur par exemple, il croit qu'il est impossible d'être assuré d'une antisepsie assez complète pour obtenir un résultat satisfaisant.

M. Poncet présente quelques observations qui lui permettent de conclure dans le même sens.

M. Terrillon s'est servi du précédé de Smith dans un cas de fistule sous-cutanée; il est arrivé à un excellent résultat qu'il attribue en partie à l'emploi de l'iodol au lieu d'iodoforme.

M. Quénu fait de nouveau observer qu'il y a lieu de distinguer trois cas bien différents suivant l'étendue de la fistule. Pour ce qui est des accidents pouvant survenir à la suite de la réunion primitive, il s'annonceront toujours par des phénomènes généraux et locaux assez nets pour que l'attention soit attirée sur ce point et que l'on puisse intervenir à temps.

M. Desprès présente à la Société la photographie d'une malade de son service offrant un développement extraordinaire de la paroi abdominale. Cette femme a eu deux enfants, et c'est depuis sa première grossesse que ce phénomène s'est produit. Il est convaincu qu'il s'agit là d'une paralysie des muscles de la paroi abdominale, les modes d'exploration les plus divers lui ayant permis de constater l'absence absolue de contraction des muscles.

M. Lannelongue a fréquemment observé des malformations semblables chez les nouveau-nés. De plus, il existe une paralysie essentielle des muscles de l'abdomen chez l'enfant donnant une déformation analogue, mais le plus souvent unilatérale. Il croit qu'il faut chercher dans la grossesse la cause unique de la distension observée chez la malade de M. Desprès.

M. Marc Sée estime qu'il s'agit là de l'affection connue et décrite sous le nom de *ventre pendant*, qu'une seule grossesse suffit parfaitement à produire.

M. Desprès pense que, dans le ventre pendant, il s'agit d'une élongation du muscle, tandis que, dans le cas actuel, il s'agit d'une véritable paralysie.

— M. Prengrueber présente à la Société un rocher atteint de carie et trépané au niveau de l'apophyse mastoïde.

— La séance est levée à cinq heures un quart. — E. V.

FORMULAIRE

Injection désinfectante. — Hamon.

Acide salicylique.................................} ãã 2 grammes.
Acide thymique....................................}

Essence d'ambre	XX gouttes.
Essence de verveine	XXX —
Alcool à 90°....	25 grammes.
Eau de Cologne	50 —
Eau distillée	300 —

Mêlez. — Une cuillerée à soupe de cette solution pour un litre d'eau, qu'on emploiera sous forme d'injections utéro-vaginales, répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, afin de faire cesser la fétidité des lochies. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le docteur Anton Ulmann, secrétaire de la direction du service sanitaire au ministère de l'intérieur, est nommé directeur de l'hôpital Rodolphe de Vienne.

Le docteur Cnyrim est nommé médecin en chef à l'hôpital du Saint-Esprit de Francfort.

Choléra. — On connaissait à *Rome*, jusqu'au 12 septembre, 190 cas de choléra. Les 13, 14 et 15 du même mois, 16, 15 et 25 cas ont été déclarés avec un total de 21 décès pour ces trois jours.

A *Naples*, du 9 au 15 septembre, le mal a frappé 40 personnes et fait 29 victimes.

A *Messine*, les nouvelles sont fort mauvaises ; le 15 septembre, il y eut 257 cas et 95 décès ; le 16, 150 cas et 45 morts ; le 17, 65 cas, le 19, enfin, 190 atteintes en vingt-quatre heures.

A *Malte*, 264 personnes furent frappées pendant les dix premières jours de septembre, on compte 153 décès.

— La quatrième conférence internationale de la Croix-Rouge s'est ouverte à Karlshue le 22 septembre dernier. L'Autriche-Hongrie y était représentée par le docteur Hoor, médecin général ; le docteur Anton Loew, vice-président des Associations et Sociétés de secours de l'Empire ; le professeur Albert, etc.

Nécrologie. — Vient de mourir le docteur Richard Guain, professeur de clinique chirurgicale au collège de l'Université de Londres. — Ch. S.

Précautions pour les chemins de fer. — Tous les conducteurs de la Compagnie *Maine central Railway* sont munis de boîtes qui contiennent les agents qui peuvent être utiles en cas d'accidents, tels que linge, bandes de caoutchouc, taffetas d'Angleterre, instruments de chirurgie, médicaments, liniments, etc., avec des cahiers d'explications. Les conducteurs sont leurs propres médecins. Mais il arrive souvent qu'au moment des accidents il se trouve dans le train de vrais médecins, qui ne peuvent agir par défaut des agents convenables ; grâce à ces boîtes, ils pourront rendre d'importants services. (*The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 27 août 1887). Le journal américain ajoute qu'il faudrait compléter cette bonne mesure en donnant aux employés des chemins de fer une instruction appropriée.

Plus que centenaire. — Le docteur S. P. Neklevitch vient de mourir à Lozki, district de Novogrundsky, en Russie, dans sa 109e année. On peut dire qu'il est mort sous le harnais, car, un quart d'heure avant sa mort subite, il écrivait une prescription pour un de ses clients.

Charlatans. — D'après le *Med. Record*, du 20 août 1887, il y avait en Bavière, en 1886, 1,349 charlatans (quacks) : c'est-à-dire 24,7 par 100,000 habitants.

Congrès sanitaire a Lima. — Le gouvernement du Pérou a invité les républiques de l'Amérique centrale et de l'Amérique du sud à coopérer à un Congrès Sanitaire qui se tiendrait à Lima le premier novembre prochain.

La rage dans le parc de Richemond. — Nous faisions connaître il y a quelque temps, (n° 92, p. 124), les ravages exercés sur les daims renfermés dans le parc de Richmond par une cruelle épidémie de rage. L'inspecteur vétérinaire officiel annonce que, la semaine

dernière, neuf de ces animaux atteints de la maladie ont dû être sacrifiés. En ce moment, presque tout le troupeau a succombé. — R.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — M. Dufour, docteur ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de botanique, pendant la durée du congé accordé à M. Faguet.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours de midi à trois heures, dans le cabinet du doyen, du samedi 15 octobre au mardi 15 novembre inclus.

Le dossier scolaire de ces élèves sera constitué conformément aux règles établies par les articles 3 et 23 du décret du 30 juillet 1883.

Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'étudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des droits universitaires.

Concours. — *Internat.* — Le jury tiré se compose de : MM. de Beurman, Huchard, Faisans, Nélaton, Quénu, Jalaguier, Bar ; M. Huchard sera président du jury.

Externat. — Le jury est ainsi constitué : MM. Brissaud, Muselier, Josias, H. Martin, Schwartz, Tuffier, Campenon.

Assistance publique. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 17 octobre 1887.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés sous sa direction au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'assistance publique.

Bulletin bibliographique.

Archives de laryngologie, de rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives, fondées et publiées par M. le docteur Albert Ruault, médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets chargé du service de la Clinique laryngologique, avec le concours scientifique de MM. Ch. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière ; A. Verneuil, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié ; V. Cornil, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec ; U. Trélat, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité ; Ballet, Brissaud, Debove, Déjerine, Hallopeau, Hanot, Joffroy, Landouzy, Legroux, agrégés de la Faculté, médecins des hôpitaux ; Brault, Chantemesse, Comby, Faisans, Gaucher, Letulle, Tapret, médecins des hôpitaux ; Bouilly, Brun, Jalaguier, Ch. Monod, Peyrot, Quénu, Reclus, Reynier, Schwartz, Segond, Terrillon, agrégés de la Faculté, chirurgiens des hôpitaux ; Bazy, G. Marchant, chirurgiens des hôpitaux ; Poirier, agrégé de la Faculté ; Routier, chirurgien des hôpitaux. Paraissant tous les deux mois à partir du 15 octobre 1887 par fascicules de 48 pages. — Prix de l'abonnement : Paris et province, 8 francs ; étranger, 10 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Sur une suite éloignée et rare du panaris.

Des analogies du panaris osseux avec l'ostéo-myélite infectieuse (1).

Par le docteur L.-H. Petit.

Obs. II. — *Panaris du pouce; un mois après, abcès de la fesse, puis autre abcès de la gaine du muscle grand droit de l'abdomen. — Fièvre pyohémique, à grandes irrégularités. — Guérison.* (Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 195.) — Un jeune Italien de 24 à 25 ans, de forte constitution et jouissant d'ordinaire d'une excellente santé, entra dans mon service pour un volumineux abcès de la fesse survenu sans cause appréciable, accompagné de fièvre et d'un état général mauvais.

En recherchant l'origine de ce mal, j'aperçus tout à fait par hasard, à la face palmaire de la première phalange du pouce de la main gauche, une toute petite plaie, laissant suinter une gouttelette de pus. Le malade, qui n'attachait aucune importance à cette lésion, m'apprit qu'il avait eu le mois précédent un panaris suivi de l'issue d'un petit fragment osseux (et que pour cela je considère comme un abcès sous-périostique) et qui s'était assez rapidement guéri.

J'ouvris l'abcès de la fesse, qui fournit une très grande quantité de pus assez louable. Un soulagement s'ensuivit, mais non la chute de la fièvre. C'est qu'en effet, dans ce moment même, existait et se développait une autre manifestation; dans la gaine du muscle grand droit de l'abdomen existait une induration qui peu à peu grossit, se ramollit, devint très douloureuse et présenta les caractères d'une collection purulente. Celle-ci prit des proportions considérables, mesurant près de 15 centimètres de haut en bas et au moins 12 transversalement. J'ouvris la poche assez largement et donnai issue à plus d'un demi-litre de pus. Les accidents généraux s'amendèrent, mais pour peu de temps, car sept à huit jours après une douleur vive se manifesta dans la fosse iliaque interne du même côté, et nous assistâmes au développement d'une collection purulente à peu près aussi volumineuse que la précédente et que nous ne pûmes ouvrir qu'au bout de trois semaines.

Ce fut la fin de cette grave maladie.

Pendant toute sa durée, la fièvre persista et présenta de très grandes irrégularités, comme dans la pyohémie.

Le malade était sans appétit, tourmenté par la soif, avec des alternatives de diarrhée et de constipation; il était devenu d'une pâleur et d'une maigreur extrêmes; toutefois aucun symptôme ne nous fit penser à l'invasion des viscères par les infarctus et les abcès métastatiques.

Le traitement consista dans l'administration des toniques et des stimulants; la cure dura près de trois mois, mais fut si complète que j'eus quelque peine à reconnaître tout d'abord ce garçon, qui vint me revoir au mois d'août, frais et gras, et mieux portant qu'il ne l'avait jamais été.

La petite plaie du pouce ne se cicatrisa définitivement qu'avec le dernier abcès; pendant toute la maladie, elle laissa suinter continuellement quelques gouttes de pus.

Obs. III. — *Etat puerpéral. — Panaris. — Contusion du poignet. — Abcès sous-périostique du radius. — Erysipèle. — Urticaire. — Nécrose et extraction d'un séquestre du radius. — Guérison avec conservation des mouvements.* (Recueillie par M. Verchère, alors interne du service.) — L..., Mathilde, journalière, 36 ans, forte, vigoureuse, d'une bonne santé habituelle, entre à la Pitié, service de M. Verneuil, salle Lisfranc, n° 8, le 12 avril 1883.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Grossesse commençant en février 1882; en avril, ictère survenu sans cause appréciable, disparu en quinze jours ou trois semaines; grossesse normale d'ailleurs; accouchement facile; en novembre, allaitement.

En décembre, panaris de l'index droit; incision, cicatrisation très lente, lymphangite légère avec adénite de l'aisselle.

En janvier, chute sur la paume de la main gauche; le membre resta toujours un peu douloureux dans les mouvements forcés.

Le 9 avril, M..., dans un moment de colère, donne un soufflet à un de ses enfants; douleur vive au poignet droit; le lendemain, le bras gonfle, devient tendu, chaud, douloureux; frisson et fièvre pendant la nuit.

A l'entrée, état général grave, fièvre intense; avant-bras gonflé, rouge violacé, douleur très vive; le soir, ponctions multiples avec le thermo-cautère sur le bras et l'avant-bras, qu'on recouvre ensuite de compresses trempées dans l'eau phéniquée; bain phéniqué.

Le 13, même état; température 40°2. M. Reclus, qui remplaçait alors M. Verneuil, fait en dedans, en dehors et au tiers supérieur de l'avant-bras, trois incisions avec le thermo-cautère; aucune amélioration; le lendemain, les incisions sont faites plus profondément et on ouvre un abcès ayant décollé tout le périoste du radius. Drainage. Pansements phéniqués. Urines noires depuis la veille. Le soir, la température s'abaisse, les douleurs et la fièvre diminuent peu à peu jusqu'au 20. Mais la suppuration est très abondante, et la malade affaiblie. En mai, toutes les articulations du corps sont envahies, les plaies n'ont aucune tendance à la cicatrisation; appareil plâtré. Les forces reviennent, mais la température reste élevée et la suppuration abondante; un bandage ouaté remplace l'appareil. Dès lors, abaissement de la température, qui oscille entre 37° et 37°5.

Le 12 mai au soir, elle remonte brusquement; poussée d'urticaire, qui disparaît le surlendemain. La malade dit être sujette à cette affection.

Le 13, vomissements, frissons, nouvelle ascension thermométrique annonçant un érysipèle qui, parti des plaies de l'avant-bras, envahit tout le membre, l'épaule et la partie voisine du thorax, et qui, traité par la pulvérisation phéniquée, évolue en cinq jours. Les urines ont repris leur coloration noire. Pas d'albumine.

Le 28 mai, on remet le pansement ouaté qu'on renouvelle tous les huit jours; réparation très lente des plaies.

Le 29 juin, M. Verneuil débride la plaie externe et extrait un séquestre de 4 centimètres de long, provenant du radius. Drainage de l'os. Réduction du poignet, qui est très déformé, et immobilisation dans un appareil plâtré.

A partir de ce moment, amélioration rapide, retour de l'appétit et de l'embonpoint; cicatrisation des plaies. Au commencement d'août, on retire l'appareil; le poignet et les doigts ont conservé leurs mouvements.

La malade demande à rentrer chez elle le 6 août.

Cette observation présente plusieurs particularités dignes de remarques. Chez cette malade, le traumatisme qui a amené une lésion grave de l'avant-bras a été bien peu de chose, un simple mouvement brusque, suivi d'une contusion légère. Que de fois un individu bien portant subit une violence beaucoup plus grande sans qu'il survienne le moindre phénomène grave. Il faut donc rechercher dans l'état général l'explication des accidents consécutifs à la contusion de la main.

Diverses causes ont uni leurs efforts pour les produire. D'abord l'état morbide du foie, indiqué par l'ictère qui est survenu pendant la grossesse; ensuite l'état puerpéral, puisque la malade allaitait encore son enfant et n'avait pas eu son retour de couches.

Les reins étaient aussi altérés. En effet, d'après M. Verneuil, dont son élève, M. Verchère, a soutenu la manière de voir, précisément à propos de ce fait, la coloration noire des urines survenant à la suite d'un pansement

phéniqué appliqué sur des surfaces relativement petites, comme dans le cas actuel, indique une altération antérieure des reins.

Ces divers états de la santé générale constituent, comme cela a été maintes fois démontré, une prédisposition aux suppurations de mauvaise nature; aussi voyons-nous naître bientôt après l'accouchement un panaris qui s'accompagne de lymphangite et d'adénite et qui ne se cicatrice que lentement; puis une arthrite à la suite d'une simple contusion, et enfin un érysipèle partir des incisions pratiquées pour le traitement de l'arthrite.

Quel rôle a joué le panaris dans la genèse de ces accidents? On ne peut guère se prononcer ici. Il semble cependant vraisemblable qu'il a pu être causé lui-même par l'état puerpéral, la plaie utérine ayant laissé pénétrer dans l'organisme des éléments infectieux; ceux du panaris, qui a mis si longtemps à se cicatriser, se sont joints aux premiers et existaient encore dans l'économie au moment de la contusion du dos de la main. Cette contusion a été double; la première, qui a laissé à sa suite une douleur persistante, n'a pas néanmoins donné naissance à la suppuration; il en a fallu une seconde, quatre mois plus tard, pour déterminer au point deux fois blessé, la suppuration, qui s'est rapidement étendue aux parties voisines : articulations, gaines tendineuses, etc., comme ces suppurations de mauvaise nature dont nous parlions tout à l'heure.

C'est donc à la réunion de ces diverses conditions : état morbide du foie et des reins, état puerpéral, infection de l'organisme par la plaie utérine et le panaris, qu'il faut attribuer la suppuration du foyer de la contusion du poignet chez cette malade. Les éléments infectieux renfermés dans le sang se sont arrêtés de préférence dans ce point parce que la rupture des vaisseaux par le trauma leur a permis de se répandre dans le foyer contus et de s'y développer. C'est une sorte d'abcès métastatique dont la localisation a été déterminée par la blessure.

Signalons encore la poussée d'urticaire survenue chez cette malade. On sait que les éruptions cutanées apparaissant au cours d'une affection chirurgicale avec plaie en suppuration, indique généralement un état général grave et en particulier l'existence de la pyohémie. Ici, heureusement, cette éruption n'avait pas une signification pronostique aussi grave.

La malade était sujette à ces manifestations d'urticaire, et l'éruption actuelle n'était qu'un rappel des éruptions antérieures, provoqué par la gravité de son état morbide.

Voici un autre fait assez comparable au précédent, puisque l'intoxication du sang consécutive à un panaris a également provoqué la formation d'un abcès dans le foyer d'une lésion sous-cutanée.

OBS. IV. — *Entorse tibio-tarsienne donnant lieu à une arthrite suppurée. — Panaris du pouce deux mois auparavant. — Guérison.* (Communiquée par M. Verneuil.) — Femme de 46 ans, en paraissant 60 au moins, chétive, pâle, de faible constitution, mais n'étant pourtant pas atteinte de maladie déterminée, entre dans mon service, en février 1886, pour une lésion traumatique du cou-de-pied gauche datant de la veille, et consécutive à un faux pas.

On hésita beaucoup pour savoir s'il y avait entorse simple ou fracture du péroné sans déplacement. Je me prononçai pour le premier diagnostic; on enveloppa la région malade dans des compresses résolutives et on mit le membre dans une gouttière de fil de fer.

Malgré ce traitement rationnel employé dès le début, la jambe gonfla et devint rouge et très douloureuse; la température s'éleva jusqu'aux environs de 40° et, au cinquième

jour, la rougeur ayant augmenté, on constata l'existence d'une collection purulente siégeant dans l'articulation et dans l'espace compris entre le tendon d'Achille et les muscles de la couche profonde.

J'ouvris la collection, qui donna issue à du pus phlegmoneux; je passai un drain sous le tendon d'Achille, je lavai le foyer et pansai le tout à l'iodoforme; puis bandage ouaté et immobilisation dans la gouttière.

L'ouverture amena un soulagement subit et fit tomber la fièvre; mais la cicatrisation exigea au moins quatre semaines.

Nous cherchâmes naturellement de tous côtés la cause de cette suppuration inattendue et violente d'un trauma léger et sous-cutané; l'examen le plus minutieux des viscères et des urines fait à plusieurs reprises resta tout à fait négatif.

Nous vîmes enfin au pouce gauche, à la face palmaire de la dernière phalange, une petite croûte, dernier vestige d'une plaie résultant de l'ouverture d'un panaris de la pulpe qui, s'étant développé dans les derniers jours de décembre, avait fait souffrir la malade et avait été ouvert dans les premiers jours de janvier.

Dès lors tout s'expliquait. Comme dans les faits précédents, l'ostéo-myélite phalangienne avait fait pénétrer dans l'organisme des microbes pathogènes qui, à l'occasion d'une rupture vasculaire produite par l'entorse, s'étaient localisés dans la région tibio-tarsienne et y avaient provoqué la formation d'un vaste abcès.

Sans doute il manque à ces observations, pour en faire sans conteste des faits de maladies infectieuses, l'appui de l'examen microscopique et des inoculations; mais les phénomènes cliniques observés chez les malades : appareil fébrile grave, abcès multiples, arthrites purulentes, néphrite ou albuminurie dans quelques cas, suffisent pour confirmer l'opinion émise par M. Verneuil à ce sujet. Le panaris osseux doit être considéré comme une ostéo-myélite, et celle-ci comme une maladie infectieuse capable de donner naissance aux phénomènes généraux graves et aux collections purulentes profondes, éloignées et multiples des maladies infectieuses admises aujourd'hui. Cette affection diffère d'ailleurs de la pyohémie classique, malgré les phénomènes communs, par la possibilité de la guérison, qui survient assez fréquemment dans l'ostéo-myélite phalangienne à marche infectieuse, et qui, au contraire, est loin d'être commune dans la pyohémie ordinaire.

On pouvait faire à cette manière de voir l'objection suivante (1) : Tous les panaris osseux ne sont pas suivis de pyohémie, il est même très rare de voir la pyohémie succéder au panaris; d'où vient cette différence dans la gravité du panaris osseux?

Le panaris étant toujours une maladie infectieuse, l'intoxication de l'économie a lieu dans tous les cas; mais, dans les uns, l'économie se débarrasse facilement du poison au fur et à mesure qu'il y pénètre; dans les autres, ce poison, quoique en petite quantité, ne peut être éliminé assez vite; il s'y accumule, s'arrête en certains points, où il forme des abcès, et détermine enfin tous les symptômes de la pyohémie que nous avons constatés dans nos observations.

Mais ceci ne fait que reculer le problème sans le résoudre. Pourquoi, dans certains cas, peut-on demander encore, le poison est-il éliminé par l'organisme et pourquoi ne l'est-il pas dans d'autres?

« Cela tient sans doute, dirons-nous avec M. Vacqueret, à la marche de la maladie, à l'intoxication plus ou moins rapide de l'économie, mais sur-

(1) Cette objection nous a été faite, en effet, par M. le professeur Herrgott (de Nancy) dans la discussion qui a suivi cette communication.

tout aux forces vitales du malade, à sa bonne constitution, à son état de santé antérieure; en un mot, à la résistance de l'individu.

En d'autres termes, l'élimination du poison se faisant par les organes glandulaires, foie, reins, glandes de la peau, poumons, si ces organes sont sains, si les forces vitales sont puissantes, si la constitution du malade est robuste, l'élimination se fera assez rapidement pour qu'aucun accident ne se produise; au contraire, si les organes sont altérés (1), si les forces vitales sont faibles, la constitution mauvaise, comme l'état de santé antérieure, l'élimination du poison ne pourra s'accomplir, celui-ci s'accumulera dans l'organisme et y développera la pyohémie.

Ce mauvais état de la santé a été, en effet, signalé chez la plupart de nos malades. L'une est une femme de 40 ans, excessivement grasse, d'une santé le plus souvent mauvaise, offrant par conséquent peu de résistance aux causes morbides, et atteinte probablement d'une stéatose viscérale qui s'opposait à l'élimination des principes infectieux entrés dans l'organisme; un autre (obs. I) est un garde national épuisé par les fatigues et les privations du siège de Paris; une troisième malade (obs. III) est à peine accouchée lorsque survient le panaris, à la suite d'une grossesse traversée par un ictère, ce qui indique un état pathologique du foie qui n'a pas dû s'améliorer beaucoup pendant la grossesse; la dernière enfin (obs. IV) est chétive, pâle, de faible constitution, et paraît avoir 60 ans au moins, bien qu'elle n'en ait que 45. Deux sujets seulement paraissent avoir une bonne santé avant l'apparition du panaris. Dans les autres cas, l'état de la santé antérieure n'est pas indiqué.

On peut donc en conclure que la principale cause de la gravité du panaris (hormis, bien entendu, les cas de panaris traumatique ou par inoculation, piqûre anatomique, etc.) est la mauvaise constitution du malade. En général, une fois les premiers accidents inflammatoires calmés, la guérison, quoique lente, par suite de la séparation, de l'élimination et de la réparation de la portion d'os nécrosée, se fait assez régulièrement. C'est qu'alors la constitution du sujet est bonne; lorsque celle-ci est mauvaise, que les organes internes sont plus ou moins altérés, on peut, comme à la suite de toutes les affections inflammatoires, traumatiques ou non, avoir à redouter des complications graves, parmi lesquelles la pyohémie.

Que celle-ci se manifeste rarement ou non après le panaris, il n'en est pas moins intéressant de signaler la possibilité de son apparition comme conséquence éloignée d'une affection considérée généralement comme bénigne.

Le Congrès d'hygiène de Vienne.

Vienne, le 30 septembre 1887.

L'empereur nous a invités à une grande réception à la cour. Pour quiconque connaît les traditions aristocratiques de la maison de Habsbourg, c'est un grand honneur qu'il a fait aux hygiénistes. Il faut avouer que ceux-ci en revanche ont fait grand honneur à la réception et surtout au souper.

Le prince héritier est arrivé à huit heures. Tous les invités étaient réunis dans la salle des fêtes de la Hofburg. Tout à coup un grand silence se fait; le kronprinz arrive pré-

(1) Voir l'article récent de M. le docteur Le Gendre, dans un des derniers numéros de l'*Union médicale*, sur le rôle du foie comme éliminateur des poisons.

cédé du grand chambellan, général comte Hunyady. Le ministre de l'instruction publique Gautsch et le professeur Gruber lui présentent un certain nombre de membres du Congrès. Il s'est entretenu longuement avec Virchow, Köhler, Pettenkofer, Brouardel, Monod, Peyron, etc. Le prince parle très correctement le français. Il est vêtu fort simplement d'une tunique bleue sans insigne, ce qui contraste avec les décorations, les crachats et les grands cordons de sa suite. Après avoir, pendant une heure, dit et entendu une foule de choses aimables, il s'est retiré. Tout aussitôt un orchestre militaire s'est fait entendre, et les portes donnant accès aux buffets se sont ouvertes. La délégation du Conseil municipal de Paris a dû trouver que cela rappelait les derniers bals de l'Hôtel-de-Ville. Les journaux de Vienne affirment que le souper a coûté 60,000 francs. Nous étions 2,400 invités !

Le lendemain matin, dans la quatrième section, s'ouvre la discussion sur la prophylaxie du choléra. Cette question a été fort discutée, chacun y apportant des idées arrêtées. Les Anglais, par exemple, s'opposent systématiquement à toute quarantaine. La grande distance que leurs navires ont à parcourir entre la sortie du canal de Suez et les ports d'Angleterre, les lazarets qu'ils ont sur leurs côtes, les sommes considérables qu'ils ont dépensées pour l'assainissement de leurs villes maritimes, les mettent presque à l'abri de toute épidémie cholérique. Ils n'ont donc aucun intérêt à ce qu'on établisse des règles internationales qui gênent leur commerce. La statistique de ces dernières années montre que, chaque année, quatre navires environ, venant des Indes, traversent le canal, ayant eu des cholériques à bord. Et c'est pour ces quatre navires que l'Angleterre ne craint pas d'infecter toute l'Europe, de déchaîner une épidémie qui tue quelques centaines de mille individus, et ruine le commerce de pays entiers, en paralysant toute transaction.

Mais, malheureusement, les Anglais ne sont pas seuls à s'opposer à toute mesure internationale. Ils ont été soutenus par les Allemands, surtout par Pettenkofer. Nous n'avons pas été peu surpris de voir l'Italie, par l'organe du professeur Mosso (de Turin), venir s'opposer également à toute quarantaine. Il est vraiment bien singulier de voir ce peuple, qui a tant souffert du choléra, chez qui la mortalité a atteint, comme à Naples, des chiffres très élevés, renoncer à toute mesure de protection. Et pourquoi ? Parce que, disent-ils, nous avons établi des cordons sanitaires, nous avons observé des quarantaines rigoureuses, nous avons arrêté toute communication avec les points contaminés ; tout cela n'a servi à rien, le choléra nous a envahis. Est-il juste, quand tous ces moyens sont impuissants, de condamner à la misère tout une population ? Faites disparaître toutes ces entraves, le choléra ne sévira ni plus ni moins ; et au moins vous n'aurez pas de votre fait créé un fléau de plus, ajoutant la misère à la maladie.

Cette manière de voir est également défendue par Pettenkofer (de Munich). Selon lui, le choléra est importé, et, si l'on pouvait éteindre la première étincelle, ce serait parfait. Malheureusement, le choléra défie toutes les surveillances. Il trouve toujours moyen de s'insinuer par quelque point, et alors toutes les mesures sont illusoires et dangereuses. Le seul, le vrai moyen d'atténuer les effets du choléra, c'est d'appliquer les règles de l'hygiène, c'est d'assainir le sol.

Pettenkofer cite, à l'appui de sa manière de voir, l'exemple des villes qui sont restées indemnes, comme Versailles, Lyon, alors qu'autour d'elles régnait le choléra. Il a dû certainement y venir des individus malades ou contaminés, mais ces cas sont restés isolés, la maladie n'ayant pas trouvé un terrain favorable. M. Pettenkofer, qui est un des plus savants hygiénistes d'Allemagne, déduit tous ces faits avec une logique très serrée ; puis, tout à coup, il quitte le domaine des faits pour celui des idées, et il invoque une influence tellurique toute puissante, sans la prouver, sans dire en quoi elle consiste, on se croit en pleine métaphysique, si chère aux philosophes allemands.

M. le professeur Gruber (de Vienne) développe cette idée que la meilleure des prophylaxies, c'est l'assainissement des villes et la propreté des maisons. Si les épidémies sont si redoutables en Italie, c'est à cause de la saleté bien connue de ce pays. Sur ce mot, M. Mosso (de Turin) bondit à la tribune ; il ne peut permettre qu'on s'exprime ainsi sur son pays. « Si c'est la saleté qui entretient le choléra, dit-il, comment se fait-il que le choléra soit resté pendant douze ans en Prusse, ce serait donc le pays le plus sale ? —

Bulletin bibliographique.

Diagnostic et traitement des maladies du cœur, par Constantin PAUL, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (Prix Montyon, 5 mai 1884) et par la Faculté de médecine de Paris (Prix Chateauvillard, 15 janvier 1885). Deuxième édition, revue et corrigée. 1 vol in-8° de 975 pages avec 130 figures et 1 planche en chromo-lithographie. — Prix : 16 fr.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur A. BOUCHARD (de Bordeaux). Tome premier. Fascicule II : Affections chirurgicales des appareils et des systèmes. Avec la collaboration de MM. les professeurs VIAULT et DEMONS, de MM. les professeurs agrégés PLANTEAU, PIÉCHAUD et Maurice DENUCÉ, de la Faculté de Bordeaux. 1 vol. gr. in-8° de 370 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. Prix du tome 1[er] complet : 12 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Les médecins pendant la Révolution (1789-99), par le docteur Constant SAUCEROTTE.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Perrin et C[ie], 35, quai des Grands-Augustins.

et l'Autriche elle-même, sous ce rapport, a des provinces qui n'ont rien à envier à l'Italie. » Et tous les Allemands d'applaudir.

Le rapport de MM. Proust et G. Ballet a été écouté avec la plus vive attention, et très applaudi.

Le 13 juin 1884, un matelot de la garnison de Toulon présentait les premiers symptômes du choléra. Le lendemain, un second était atteint. Le 23, la maladie faisait 9 victimes. De là, elle se propagea à Marseille. Pour la quatrième fois, la France était envahie par le choléra asiatique.

Quelle a été la voie précise et l'agent d'importation du fléau? Faut-il, comme on avait tout d'abord songé à le faire, incriminer le bâtiment la *Sarthe?* Il est établi maintenant qu'on n'en avait pas le droit. Il résulte d'une enquête faite plus tard que le choléra serait entré en France par Nice. Un bateau de pêche du port de Nice aurait reçu en pleine mer quelques vêtements d'un navire venant d'Egypte, où sévissait le choléra. Ce bateau n'étant soumis à aucune quarantaine, puisqu'il appartenait au port, importa le choléra à Nice, où le cas fut soigneusement caché. De là, il s'étendit à Toulon, où retentit le premier cri d'alarme.

Un premier fait se dégage, en comparant cette épidémie à celles qui l'ont précédée. C'est que toujours le choléra entre en France par un département frontière; puis, franchissant plusieurs départements, il fond sur Paris, son « foyer d'attraction ». En 1884, il y eut en France 12,000 décès; — en 1832, il y en eut 120,000; — en 1849, 110,000; — en 1854, 140,000; — en 1865, 14,000. Un second fait qui résulte de la comparaison de ces chiffres, c'est la diminution notable de la gravité des épidémies cholériques, qui doit être mise sur le compte d'une sorte d'acclimatement de la maladie chez nous, attribuable aux progrès de l'hygiène et à la prophylaxie urbaine et individuelle.

Avant d'établir des règles qui puissent être admises par tout le monde, il est de toute nécessité de s'accorder sur l'élément pathogène de la maladie. Des progrès importants ont été accomplis en France dans ces derniers temps. Hayem et Raynaud (1873) avaient constaté la présence de vibroniens dans les déjections des cholériques. La mission française envoyée en Egypte en 1883, composée de MM. Straus, Roux, Nocard, Thuilier, fit des recherches bactériologiques, tout en gardant une prudente réserve.

La découverte, par Koch, du bacille virgule fut le point de départ d'importants travaux.

En 1884, Straus et Roux trouvent dans les selles cholériques un bacille en forme de virgule; mais, d'après eux, ce microbe ne peut être considéré comme spécifique du choléra, puisque des bacilles virgules ont été rencontrés, en dehors du choléra asiatique, par Malassez dans les selles des dysentériques, dans le mucus vaginal de femmes leucorrhéiques et dans la sécrétion utérine d'une malade atteinte d'un épithélioma du col au début.

Or, il résulte de diverses recherches que les bacilles en virgule, rencontrés en dehors du choléra, n'ont avec celui de Koch que des analogies de forme.

Nicati et Rietch ont trouvé, dans les matières intestinales de l'homme sain, un bacille courbe assez semblable à celui du choléra, mais plus grand, plus épais et plus incurvé.

D'après les recherches de Doyen, le bacille virgule est tout spécial au choléra, où on le rencontre toujours.

Nicati, Rietch et Doyen sont arrivés à déterminer chez le chien et le cobaye, par des injections de cultures pures de bacilles virgules, des accidents et des lésions ressemblant absolument aux symptômes et aux lésions du choléra chez l'homme. La plupart des recherches françaises tendent à démontrer l'action pathogénique du bacille virgule.

Quel est le mode d'action de ce bacille? D'après Koch, le choléra résulte d'une intoxication, le bacille sécrétant dans la cavité intestinale une matière vénéneuse qui, absorbée à la surface de l'intestin, détermine l'empoisonnement.

M. Gabriel Pouchet arrive à une conclusion analogue.

M. Bouchard, se basant sur ce fait que des individus chez lesquels l'antisepsie intestinale avait été faite strictement ont cependant contracté le choléra, conclut que le bacille virgule, qui n'a jamais été trouvé que dans l'intestin, n'est pas l'agent producteur du choléra. Les accidents cholériques sont le résultat d'une intoxication par une

substance qui se retrouve dans l'urine des cholériques; ces urines injectées dans les veines d'animaux produisent chez eux les symptômes les plus caractéristiques du choléra.

Ayant étudié ainsi les récents travaux, MM. Proust et Ballet pensent que cette maladie a pour agent pathogène un microbe dont il faut empêcher le transport, ou qu'il faut détruire sur place quand il a été transporté. De là découlent toutes les mesures prophylactiques.

M. Brouardel, résumant la discussion, réfute les arguments de MM. Mosso et Petenkoffer. Les quarantaines n'ont pas souvent empêché le choléra de s'étendre; mais est-ce une raison pour les rejeter? Parce que les forteresses n'ont pas empêché l'ennemi d'envahir un pays, est-ce une raison pour ne plus élever de fortifications? On peut, on doit empêcher le choléra d'envahir l'Europe, et il faut tout faire pour lui barrer le chemin. Tous les efforts doivent être concentrés sur un point unique, par lequel le fléau entre le plus fréquemment : c'est le canal de Suez. C'est un point restreint; la surveillance peut s'y exercer d'une façon efficace. Tous les vaisseaux ayant eu des malades doivent être désinfectés. Et combien sont-ils, ces navires qu'on retiendrait? Quatre ou cinq par an. Ce n'est donc pas un grand préjudice qu'on prétend imposer au commerce. Et, d'ailleurs, il faut s'entendre sur ce que l'on comprend par quarantaine. Ce terme est mal choisi, il n'exprime pas l'idée de M. Brouardel. Il ne s'agit pas de retenir les navires quarante jours, ou vingt, ou dix. Il suffit de les garder juste le temps nécessaire pour détruire les germes. Or, avec les moyens puissants actuels de désinfection, peu de temps suffit. Par quarantaine, on doit entendre le temps nécessaire à la désinfection. Exiger moins, c'est méconnaître son devoir.

Si un navire qui porte dans ses flancs le choléra sort du canal de Suez, l'Europe a bien des chances d'être envahie. Mais tout n'est pas perdu; on peut encore arrêter le fléau, quelques exemples le prouvent. Un navire a eu quelques cholériques à bord; signalé, il est mis en quarantaine; les passagers sont retenns dans un lazaret. Or, il est arrivé bien souvent déjà que ces passagers sont morts du choléra dans les lazarets. Les précautions bien prises et la désinfection rigoureuse ont empêché toute extension; la maladie a été localisée, l'étincelle éteinte.

Un pays ou un continent étant envahi, les quarantaines sont alors inutiles. Mais la surveillance des voyageurs et la désinfection d'objets provenant des points contaminés sont les meilleures mesures de protection.

Lo choléra étant dans un pays, on peut encore se défendre et restreindre le nombre des victimes. C'est alors que l'hygiène des villes, des maisons, des individus est toute puissante. La malpropreté est le meilleur terrain de culture du choléra. Mais, pour assainir un pays, des villes, des ports, il faut de nombreuses années de travail et dépenser des sommes énormes. L'Angleterre a dépensé plus d'un milliard et demi pour assainir ses ports.

A supposer qu'on ait l'argent nécessaire, rien ne peut remplacer le temps. Les riverains de la Méditerranée sont donc continuellement exposés à être envahis. Le plus simple et le plus facile moyen serait de ne laisser sortir du canal de Suez aucun navire suspect sans qu'il eût été désinfecté. M. Brouardel a déployé tout son talent pour défendre cette cause, qui n'est pas seulement celle de la France, mais encore celle de l'Europe. Ses conclusions si sages, si modérées, si pratiques, ont pourtant trouvé des contradicteurs, hommes éminents sans doute, mais ayant des idées arrêtées de longue date et dont il était bien difficile d'espérer la conversion.

Maurice Springer.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Lanoline, comme base des pommades, par Pawlowski. — L'auteur, après avoir expérimenté le nouveau moyen — lanoline — proposé par Libreich, qui, d'après lui et

Lassar, jouit de la propriété d'être absorbé rapidement et de ne pas se décomposer, arrive aux résultats suivants :

1° Les narcotiques s'absorbent assez bien avec la lanoline ; mais il n'est pas nécessaire de prendre des doses massives pour obtenir un effet complet.

2° Le sulfate de quinine s'absorbe facilement, et l'auteur a observé des effets rapides dans quatre cas de fièvres intermittentes chez les enfants.

3° L'iodure de potassium sous forme de pommade n'éliminait pas l'iode dans l'urine à des intervalles fixes ; une fois l'iode apparut dans l'urine au bout de deux heures ; dans d'autres cas au bout de quatre ou six heures.

L'auteur avait remarqué que l'iode apparaît tantôt en quantité abondante, tantôt, il disparait complètement.

4° La lanoline s'absorbe beaucoup beaucoup plus facilement chez les enfants, que chez les adultes. (*Revue de méd.*, 1886). — W.

CORRESPONDANCE

Monsieur le docteur Paul Le Gendre.

Paris, le 10 octobre 1887.

Mon cher ami,

Le 25 août dernier, nous nous étions rendus en votre nom chez M. le docteur Henri Huchard, afin de lui demander rétractation écrite d'une phrase injurieuse pour vous, contenue dans une lettre dont vous et plusieurs autres personnes aviez eu connaissance. A défaut de cette rétractation, nous devions le prier de constituer des témoins. M. Huchard ajourna alors toute réponse, alléguant que *vous alliez recevoir de lui une lettre de regrets*, vous donnant, espérait-il, satisfaction.

Cette lettre, conçue en termes ironiques, ne renfermait en réalité aucune formule de regrets. Vous nous avez donc priés de retourner chez M. Huchard, dont nous n'avons pu obtenir rendez-vous qu'aujourd'hui, six semaines après notre première visite.

Cette fois-ci, M. Huchard *a nié nous avoir jamais promis une lettre de regrets.* — Il a essayé deux fois de faire assister à notre entretien une personne étrangère, contrairement aux usages établis dont il a du reste déclaré « *se moquer* ». — Enfin, après avoir tenté à plusieurs reprises, par divers faux-fuyants, de faire dévier l'entretien de son but véritable, il a définitivement refusé aussi bien d'écrire une rétractation que de constituer des témoins.

En présence des incorrections inqualifiables de M. Huchard dans le cours de cette entrevue et du démenti qu'il s'est donné à lui-même, nous estimons, mon cher ami, que vous ne pouvez espérer obtenir de lui aucune des satisfactions que vous eussiez été en droit d'attendre d'un homme bien élevé.

En conséquence, nous devons considérer notre mission comme terminée.

Recevez, mon cher ami, l'assurance de notre profonde estime et de notre entier dévouement.

VICTOR JANNET. A. RUAULT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature, à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, de MM. Richelot, Nicaise, Péan, Berger, Chauvel ;

2° Des lettres de candidature, à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, de MM. François Franck, Regnard, Gréhant;

3° Une lettre du docteur Louis Thomas, faisant connaître à l'Académie que l'inauguration du monument élevé à Tours, en l'honneur de Bretonneau, de Velpeau et de Trousseau, est fixée au 30 octobre. L'Académie est invitée à se faire représenter à cette cérémonie par une délégation.

M. Chédevergne (de Poitiers) fait une communication sur les caractères différentiels de la suette rubéolique et de la rougeole compliquée de miliaire, à propos de la dernière épidémie de suette miliaire, sur laquelle M. Brouardel a fait, il y a peu de temps, un si remarquable rapport.

Voici les caractères cliniques : Dans la suette rubéolique, sueurs abondantes parfois profuses, vomissements et étouffements, épistaxis répétées; l'éruption se fait habituellement le deuxième jour, parfois le premier; mais, dès le deuxième jour, elle s'étend en nappe scarlatiniforme, desquamation furfuracée ou à grands lambeaux. Le malade meurt deux ou trois jours après le début avec des phénomènes nerveux intenses, suffocation, constriction épigastrique, délire, agitation.

Dans la rougeole compliquée de miliaire, sueurs modérées, ni vomissements, ni épistaxis. Le cinquième jour, a lieu l'éruption morbilleuse; le septième, le huitième et le neuvième, l'éruption de miliaire. Elle reste franchement rubéolique jusqu'à l'apparition de la miliaire qui, si elle est confluente, la couvre et la cache d'autant mieux que l'exanthème morbilleux cesse alors d'exister. Les autres rougeoles, c'est-à-dire les neuf dixièmes des cas restent indemnes de miliaire et se comportent comme d'habitude : desquamation presque toujours furfuracée. La mort a lieu du cinquième au dixième jour à dater du début de l'éruption, et du dixième au quinzième jour à dater du début de la maladie.

Voici maintenant les caractères épidémiologiques : La suette rubéolique prend les enfants ayant eu la rougeole; elle récidive; l'incubation est de vingt-quatre heures.

Notre rougeole avec ou sans miliaire n'a pris que des enfants qui n'avaient pas eu l rougeole; elle n'a pas récidivé. Les parents des enfants n'ont pas été malades. L'incubation a toujours été de dix à onze jours. La miliaire n'était arrivée que trois ou quatre jours après.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Léon Colin, Besnier et Bucquoy.

— M. Besnier fait, sur l'importante monographie que M. Leloir a consacrée à *la lèpre*, un long et intéressant rapport qu'il termine par les propositions suivantes, destinées à servir de base à une discussion éventuelle :

Loin d'être une maladie éteinte, la lèpre tient, au contraire, une grande place dans l'épidémiologie générale et internationale; elle présente pour ce pays un intérêt direct. Ce n'est ni une maladie spontanée, ni une affection accidentelle ou toxique : c'est une maladie exclusivement humaine, spécifique, avec un élément bactérien déterminé.

On ne sait pas encore quelle est la forme microphytique qui transmet la maladie sûrement, mais l'existence de ces microphytes dans toute lésion lépreuse, d'une part, et la transmissibilité de la lèpre, d'autre part, sont deux faits que l'on ne peut séparer.

Cette transmissibilité s'exerce dans une mesure extrêmement variable et selon des conditions en partie dévoilées, en plus grande partie ignorées : l'homme semble être le seul agent, ou du moins l'agent essentiel, inévitable de cette transmission. Il est à peu près certain qu'elle peut être inoculée pendant la vaccination, par exemple; il est certain que l'homme la transporte d'un lieu dans un autre et qu'elle reste attachée à lui, non au sol; il est certain qu'on peut la contracter par hérédité; mais le péril héréditaire est infiniment moins grand qu'on ne le croit encore, et l'on peut aujourd'hui protester hautement contre la fatalité héréditaire dans laquelle on a jusqu'à présent enfermé la lèpre.

Des conditions extrinsèques, telles que la misère sociale et la promiscuité sordide, favorisent au plus haut point la propagation de la maladie; les conditions inverses :

état social régulier, l'application des lois de l'hygiène générale et privée, annihilent à peu près sa faculté contagieuse.

Ainsi, mieux conçue et plus clairement définie grâce aux travaux des médecins contemporains, parmi lesquels beaucoup sont nos compatriotes et au premier rang desquels il faut placer M. Leloir, grâce au développement des doctrines de l'illustre Pasteur, la lèpre est définitivement entrée dans la période scientifique de son histoire. Dès maintenant, à défaut d'une thérapeutique efficace, la médecine peut lui opposer une prophylaxie certaine basée sur les progrès de l'hygiène et de la sociologie générales et prendre les mesures de protection nécessaires dans quelques conditions déterminées, sans avoir recours aux procédés cruels d'un autre âge, et en restant fidèle aux principes de liberté et d'humanité qui sont la gloire la plus pure de notre époque!

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

FORMULAIRE

Prises toniques. — De Sinéty.

Rhubarbe pulvérisée	5 grammes.	
Carbonate de soude	àà 10	—
Quinquina pulvérisé		

Mêlez et faites vingt paquets. — Deux prises par jour, au moment des principaux repos, aux femmes atteintes de métrite, et qui sont presque toujours anémiques. Cette poudre est préférable au vin de quinquina, qui est beaucoup moins efficace, et qui, en raison de l'alcool qu'il renferme, est de nature à provoquer de la dyspepsie, lorsque les malades en font un usage prolongé. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La septième assemblée générale de l'Association des médecins fonctionnaires prussiens s'est tenue le 15 et 16 septembre. Nous en avions déjà publié l'ordre du jour.

On peut se rendre compte de l'importance de cette Société par le nombre de ses adhérents (405) et par quelques noms pris parmi les membres assistants à la première séance: docteur Köhler, directeur des affaires sanitaires; Von Sydow, président de la députation scientifique médicale; docteur Palk, Pétri, Wolffhugel, etc.

Parmi les plus importantes communications de la deuxième séance, citons celle du docteur Pétri, assistant de Koch, sur *la désinfection dans l'état actuel de la science* qu'il nous paraît utile de résumer.

L'étude de la désinfection repose sur trois points principaux: 1° connaissance des éléments infectants; 2° connaissance d'agents désinfectants; 3° étude des rapports et influences réciproques de ces deux facteurs.

Ces éléments infectants sont encore imparfaitements connus. C'est pourquoi on se sert comme réactifs des germes les plus résistants: les bactéries charbonneuses.

Parmi les agents désinfectants, il faut placer, en première ligne, l'acide phénique. Mais il faut l'employer en solution à 5 p. 100. Les solutions plus faibles sont trop souvent insuffisantes. Le sublimé est trop vénéneux dans la pratique, de plus il forme avec les composés albumineux des sels insolubles. Aussi, dans la dernière ordonnance du 7 février 1887 sur la désinfection, il n'est fait aucune mention du sel de mercure. Il est à noter cependant que le sublimé est d'un emploi excellent dans la désinfection de la peau. Un moyen de rendre plus actives les solutions désinfectantes d'acide phénique et de sublimé a été mis dernièrement en évidence par les expériences de Laplace faites au laboratoire de l'Institut d'hygiène de Berlin. *C'est d'ajouter à ces solutions un 1/2 p. 100 d'acide chlorhydrique.* Ainsi, avec ce faible adjuvant, l'acide phénique à 2 p. 100 tue les bactéries charbonneuses.

La vapeur d'eau à 100° est aussi un excellent moyen de désinfection. Le cylindre stérilisateur à vapeur de Koch est le modèle des appareils de ce genre. Après avoir décrit tous les appareils de désinfection par la vapeur, l'orateur passe à la désinfection des appartements : pour la destruction des bacilles du choléra le badigeonnage des murailles à la chaux vive est recommandable.

Les tapis, tentures, peuvent être avantageusement frottés, ainsi qu'Esmarch l'a démontré, avec du pain noir. Le pain, qui entraîne et enlève admirablement tous les microbes doit être aussitôt livré aux flammes.

Le docteur Pétri a terminé ensuite son importante communication par l'examen des meilleurs procédés de désinfection des navires, des hôpitaux, crachats des phthisiques etc. — Ch. S.

The margarine act. — Le *Margarine Act* a reçu l'approbation royale en Angleterre et doit être appliqué à partir du 1er janvier prochain. Cet *act* a pour but d'empêcher la vente frauduleuse de la margarine et de toute autre substance composée ou simple, préparée en vue d'une imitation du beurre, soit mélangée déjà avec le beurre, soit destinée à y être mélangée. Le *Med. Press and Circul.* du 7 sept. 1887 donne un extrait des clauses dudit *act* à sa page 231, et il ajoute que cette loi arrive à propos, car, dit-il, « il est effrayant de savoir que, dans la Hollande seulement, il existe 160 usines consacrées à la confection du beurre artificiel, dans lequel entrent comme principaux constituants l'*huile de suif* et l'*huile de graines de coton.* » La France devrait bien imiter l'Angleterre.

R.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en métal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— M. le docteur Petit (Gilbert), médecin de l'asile d'aliénés d'Armentières, est nommé directeur-médecin de l'Ecole de réforme d'Yzeure (Allier).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Servajean (de Saint-Alban) et Rouchon, interne des hôpitaux de Lyon.

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.* — Le lundi 5 décembre 1887, à huit heuresdu matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour 4 places d'élèves internes.

Le lundi 19 décembre 1887, à 3 heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour 10 places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

N° 126 L'UNION MÉDICALE Samedi 15 Octobre 1887.

Sommaire

Accidents imputables au pansement à l'iodoforme,

Par Victor Wallich, interne des hôpitaux.

Les bons résultats obtenus par le pansement à l'iodoforme l'ont fait adopter par la plupart des chirurgiens. Mais, à côté de ceux qui se sont ralliés à cette méthode, il y a ceux qui ont fait son procès : ces derniers sont restés les moins nombreux. En apportant un fait de plus d'accidents imputables à l'emploi de l'iodoforme en pansement, l'on ne peut faire autre chose que confirmer la bizarrerie des accidents observés, ou montrer combien il est parfois difficile de reconnaître leur origine avant d'en avoir été averti par une circonstance toute fortuite.

Il s'agit d'un malade entré le 3 août dernier à l'hôpital Lariboisière, dans le service du docteur Blum, suppléé par le docteur Richelot :

Le nommé X..., âgé de 34 ans, cocher, sans aucun antécédent pathologique personnel ou héréditaire, fut mordu par un cheval, le 25 juin dernier, à la main gauche. La troisième phalange de l'index fut complètement enlevée. Ce malade se présenta alors à la consultation de chirurgie d'un de nos hôpitaux. On appliqua un pansement à la poudre d'iodoforme, qui fut renouvelé tous les deux jours pendant tout le mois de juillet.

Le 3 août, le malade vint se présenter à la consultation de l'hôpital Lariboisière, se plaignant d'une sensation très vive de brûlure à l'index de sa main gauche. La plaie était presque guérie; le moignon de son doigt ne présentait plus qu'un bourgeon terminal. L'épiderme de la deuxième et de la troisième phalange était soulevé et mortifié, laissant voir, au-dessous de lui, le derme mis à nu, lisse et rouge vif. La première phalange du médius, dans ses régions dorsales et palmaires, présentait le même aspect. Le malade ne s'expliquait pas ces modifications, ayant été pansé, comme d'habitude, trois jours auparavant. Nous crûmes nous trouver en présence d'une brûlure au deuxième degré, produite par un liquide caustique, tel que l'emploi par mégarde, pour

---

FEUILLETON

CAUSERIE

Trop d'Instituts! — Anecdote sur Castelnau. — Aménités d'un client à son médecin. — Concurrence entre deux confrères.

Que d'eau! que d'eau! disait un illustre homme d'Etat en présence d'une inondation de la Garonne. Que d'Instituts! que d'Instituts! pourrait-on dire en présence du nombre sans cesse croissant de ces établissements plus ou moins scientifiques. Je me suis permis un jour de plaisanter l'Institut odontotechnique, dont l'enseigne décore la façade du palais de l'Abbaye, de façon à laisser croire aux passants que les cinq Sociétés qui tiennent leurs séances dans ce palais constituent l'Institut, à l'instar des cinq Académies dont la réunion forme le seul qui mérite réellement ce nom : l'Institut de France.

Maintenant, aimez-vous l'Institut? On en a mis partout, dans tous les quartiers de Paris. Il y a l'Institut dosimétrique, et, bien entendu, l'Institut homœopathique; il y a encore l'Institut orthopédique, qui a la prétention de guérir toutes les affections articulaires, sans exception, par le massage, aussi bien les tumeurs blanches des tuberculeux que les oignons des goutteux et les arthrites des blennorrhagiques; il y a aussi l'Institut gynécologique, relégué comme un pauvre honteux dans un petit coin de Paris, où on n'ira pas facilement le chercher; l'Institut ophthalmologique, en attendant les Insti-

lavage, d'une solution d'acide phénique trop concentrée. Les portions d'épiderme mortifiées furent excisées. La plaie fut pansée avec de la gaze iodoformée enduite de vaseline, le tout enveloppé dans de l'ouate.

Le 6 août, trois jours après l'entrée du malade, le pansement souillé de pus fut renouvelé. L'épiderme de toute la main gauche était mortifié, s'enlevait comme un gant, laissant au-dessous de lui un derme rouge vif, saignant et suppurant. Continuation du même pansement (gaze iodoformée, enduite de vaseline; ouate).

Le 8, le même aspect de brûlure se montre sur l'index et le médius de l'*autre main.* On y applique un pansement semblable au précédent.

Le 10, sur les avant-bras et sur la moitié inférieure des deux bras se montrent des plaques rouges confluentes. Sur chaque plaque se trouvent de larges vésicules plates contenant un liquide séreux. Le diagnostic n'en devient que plus embarrassant, surtout lorsqu'apparaît sur la partie antérieure du thorax et de l'abdomen, sans atteindre le dos ni les membres inférieurs, une éruption rappelant, à s'y méprendre, l'exanthème rubéolique. Ce sont de petites saillies rouges, groupées par plaques irrégulières, laissant entre elles des espaces de peau saine et affectant la disposition en croissant. Le malade nous signale sur la partie gauche de son menton, au milieu de sa barbe, une croûte formée par du pus desséché, et sous laquelle le derme est mis à nu. Toujours pas de fièvre; le pouls est à 80 pulsations, la température à 37°.

Le lendemain 11 août, le pansement, souillé de pus, est enlevé (1), mais, fortuitement, il est modifié; au lieu de gaze iodoformée, on emploie de la gaze phéniquée pour y étendre la vaseline. Les jours suivants (12 et 13 août), le malade n'a pas souffert, le pus n'a pas traversé le pansement. L'éruption rubéolique du tronc a disparu; la croûte de la région du menton ne s'est pas reproduite; les vésicules des bras se sont affaissées. La suppuration des jours précédents était si abondante que, sans indication spéciale, le pansement est enlevé le 14 août. A notre grande surprise, il n'y a pas de pus dans le pansement; les mains sont recouvertes sur certains points d'un nouvel épiderme, et sur d'autres points présentent l'aspect d'une desquamation furfuracée, que l'on retrouve sur les avant-bras et sur le tronc.

Les mains sont laissées à découvert, et huit jours après, le 17 août, le malade sort entièrement guéri.

(1) Les accidents observés sur l'index et le médius de la main droite se sont étendus à toute la main, et offrent les caractères d'une brûlure au deuxième degré.

---

tuts otologique et rhinologique, puis les Instituts urologique et laryngologique, névrologique et psychiatrique, car bientôt toute spécialité voudra avoir son Institut, comme Société savante, et son journal, comme organe de publicité. Il y a eu encore l'*Institut dentaire*, qui n'a fait que paraître comme un météore peu brillant, pour faire place, m'a-t-on dit, au Louvre dentaire, qui, ne pouvant s'installer plus près des grands magasins du Louvre, s'est du moins logé dans le quartier central du commerce, en face la Belle-Jardinière, mais la maison n'est pas au coin du quai.

J'ai aussi dans mes notes des projets d'Instituts, dont les promoteurs ont évidemment abusé de ce mot, et en ont étendu la signification de manière à la rendre ridicule; par exemple, l'Institut de la cordonnerie, avec les docks de la cordonnerie pour annexes, et annexe peut-être lui-même de l'Institut orthopédique; — l'Institut cosmétique, ou Société des coiffeurs réunis; — l'Institut maçonnique, indépendant de l'Ecole d'architecture, etc. Je garde pour la fin l'*Institut culinaire*, qu'en ma qualité de médecin (on dit que les médecins sont gourmands) je préfère à tous les autres.

Il en est cependant un, mais un seul, dont je désire la prochaine inauguration et l'installation définitive aussi rapide que possible : c'est l'*Institut bactériologique.* Il s'appelle en ce moment l'*Institut Pasteur*, et d'après les immenses services qu'il a rendus à la science, malgré ses dimensions exiguës et son maigre budget, on est en droit d'en attendre de plus grands encore, lorsque ses laborieux disciples auront à leur disposition toutes les ressources qu'on trouve dans les laboratoires modernes. Peut-être, après sa transformation, s'appellera-t-il encore Institut Pasteur, et ce sera justice : c'est à

En résumé, notre malade a été frappé d'accidents dont l'origine échappait à toutes les investigations jusqu'au jour où tous les phénomènes observés ont disparu brusquement sous l'influence d'une modification du pansement. On était bien en droit d'admettre qu'il y avait là plus qu'une coïncidence, puisque, le jour même où l'iodoforme fut supprimé, tous les accidents disparurent. On peut faire quelques objections à cette manière de voir. La plaie pansée était de très petite étendue, et les quantités d'iodoforme en contact avec elle ne pouvaient être que peu considérables. A cela on peut répondre qu'il est démontré aujourd'hui que des quantités, même très minimes, d'iodoforme ont pu produire des accidents graves soit sur des surfaces à absorption plus facile, soit surtout chez des sujets possédant une susceptibilité particulière, soit enfin par un véritable effet d'accumulation locale, comme l'a constaté M. Le Dentu (1), lorsqu'il vit apparaître des accidents à la suite d'un pansement durant déjà depuis vingt jours. Dans la statistique de M. Brun (2), sur 71 cas relevés, nous voyons l'intoxication survenir 11 fois de dix à vingt jours, et 9 fois au delà de vingt jours, après l'emploi de l'iodoforme. Notre malade subissait depuis un mois, tous les deux jours, un pansement à l'iodoforme. Lorsqu'il se présenta à nous avec un index offrant les caractères d'une brûlure, on crut bien faire en lui appliquant un pansement iodoformé. Il est certain que les quantités d'iodoforme contenues dans la gaze étaient très petites, mais la suite de l'observation nous a appris qu'elles étaient suffisantes non seulement pour entretenir les accidents, mais encore pour favoriser leur extension.

L'origine des accidents observés étant connue, il était bon d'étudier leur forme. Les auteurs considèrent deux sortes d'accidents : accidents locaux, accidents généraux, suivant que l'action nocive développe des phénomènes sur la plaie et dans son voisinage, ou bien frappe toute l'économie. Dans le cas présent, il y a eu d'abord une action locale vraiment

(1) Le Dentu, *France médicale*, 1882.

(2) Brun : *Des accidents imputables à l'emploi chirurgical des antiseptiques.* (Thèse agr., 1886.)

M. Pasteur que cet établissement doit son éclat et sa renommée, et on peut ajouter, la création de ses *Annales;* après l'édification du nouvel établissement, le nom de M. Pasteur ira s'inscrire de lui-même sur son frontispice. Ce sera la consécration du triomphe que ses idées scientifiques ont remporté ces jours derniers au Congrès de Vienne.

* * *

Un des détracteurs les plus acharnés de M. Pasteur, notre confrère Castelnau, vient de faire une triste fin. On ne peut pas dire de tous les autres : *Ab uno disce omnes*, car celui-là devait être payé pour ses attaques, tandis que beaucoup d'autres, j'ose le croire du moins, étaient de bonne foi. Mais celui-là!.....

Jean des Gaules, du *National,* raconte à ce propos l'anecdote suivante sur Castelnau, qu'il range parmi les maîtres chanteurs :

« En ce moment se trouve sous les verrous un homme qui devait apparaître deux ans après le 4 Septembre avec une série d'articles sur la maladie de Napoléon III. Il signait alors *docteur Lux* et s'appelait M. Castelnau. Il avait bondi d'un seul élan du bonapartisme dans la presse républicaine. Est-ce pour cela qu'il avait pris un pseudonyme?

« Pourquoi n'était-il pas docteur? Personne n'en savait rien, car il avait tout ce qu'il fallait pour l'être. Dans ces beaux temps de l'empire, il était rédacteur en chef d'un journal médical, le *Moniteur des hôpitaux.* De temps en temps paraissait un article furibond contre Nélaton.

caustique, une brûlure autour de la plaie et s'étendant rapidement à toute la main. Ceci est bien net et mérite d'entrer dans la catégorie faite pour les accidents locaux. Mais le mal ne s'est pas borné là, nous avons vu les mêmes accidents se développer sur l'autre main. Cette main, à l'abri de tout contact direct avec l'iodoforme, a présenté les phénomènes observés dans la brûlure au deuxième degré, d'abord limités aux doigts, puis étendus à toute la main, après le premier pansement à la gaze iodoformée. En même temps apparaissait l'éruption rubéolique sur le tronc, l'éruption vésiculeuse sur les membres supérieurs (1). Il y a là évidemment plus qu'une action locale. Et ce fait peut être rapproché de ce que dit M. Brun (2) dans son chapitre des accidents dus au sublimé; lorsque, sous l'influence de cet agent antiseptique, on voit apparaître une éruption scarlatiniforme pouvant prendre son point de départ au niveau de la plaie, et de là s'étendre à tout corps. « Il y a de grandes difficultés à faire, dans les observations de ces éruptions, le départ de ce qui ressortit à l'irritation locale ou à l'intoxication; ou du moins à les séparer nettement dans la description symptomatique, puisque dans quelques cas l'éruption s'étend assez loin sans provoquer de symptômes généraux, comme s'il y avait une véritable intoxication locale (p. 127). » Dans le cas présent, on peut se contenter de dire que les accidents se sont bornés aux téguments, que nous n'avons eu chez notre malade aucun des accidents réunis sous le nom de phénomènes généraux. Nous n'avons pas constaté de fièvre, la température et le pouls sont restés normaux. Nous n'avons pas eu de phénomènes nerveux; pas de troubles circulatoires, digestifs.

L'examen des urines n'a pas été pratiqué. C'est une lacune dans notre observation; mais la présence de l'iode n'est pas, d'après les auteurs, le

(1) Nous avons signalé, dans le cours de l'observation, une croûte formée de pus desséché dans la région du menton. Nous ne saurions lui assigner aucun caractère, étant donné l'époque tardive à laquelle notre attention fut attirée sur elle, la veille même de sa guérison.

(2) *Loc. cit.*

« Il avait été camarade d'internat avec le grand chirurgien, et celui-ci l'avait souvent obligé.

« Nélaton le faisait venir :

« — Tu as encore besoin d'argent, canaille?

« L'autre restait piteux, encore plus laid que nature.

« — Tiens? mille francs feront-ils ton bonheur? Mais fiche-moi la paix au moins pendant quelque temps.

« Alors Castelnau empochait le billet et tombait sur un fauteuil en se tordant de rire.

« On prétend que Nélaton, pour excuser sa propre faiblesse à l'égard du maître chanteur, haussait les épaules en disant :

« — Bast! le malheureux est tellement laid que cela lui coûte plus cher qu'à un autre

« Il est probable que, si M. Pasteur avait eu cette indulgence, il lui en eût coûté quelques mille francs, mais Castelnau eût arrêté ses attaques. »

Jean des Gaules, comme beaucoup d'autres, se demande pourquoi Castelnau n'était pas docteur. Voici la réponse à cette question : Castelnau n'avait pas tout ce qu'il fallait pour cela, comme on le croit; il avait oublié de se faire recevoir bachelier ès sciences, et il s'était contenté du diplôme d'officier de santé. Comme beaucoup d'autres, il n'avait pas hésité à se faire appeler « docteur », et réellement son instruction médicale était bien à la hauteur de ce titre. Il paraît malheureusement qu'il n'en était pas de même de son honnêteté professionnelle.

critérium de l'intoxication, puisqu'on en a trouvé soit à l'état d'iode, soit à l'état d'iodure d'une façon générale, mais avec des variétés individuelles, après l'emploi de l'iodoforme, en dehors de toute complication. Le cas que nous venons d'observer nous semble devoir entrer dans la classe des faits, qui ont été décrits sous le nom d'exanthèmes iodoformiques. Les formes de ces exanthèmes sont multiples, et on en trouve une grande variété dans les observations publiées : érythème papuleux dans les cas de König; eczéma dans le cas de M. Le Dentu; eczéma dans les observations de Fifield et de Goodell; éruption semblable à l'exanthème mercuriel pour Neisser (1). Enfin, dans deux cas observés par Zeissl et rapportés dans la thèse de M. Brun, on se trouva en présence d'une éruption scarlatiniforme, et chez un autre sujet d'un exanthème rappelant l'urticaire. Nous sommes d'autant moins étonnés de cette variété de formes, que nous avons été témoins chez notre malade d'une éruption à caractères variables dans différentes régions du corps : aspect de brûlure sur les mains, éruption vésiculeuse sur les avant-bras, véritable éruption rubéolique sur le tronc.

Ce fait, ajouté aux observations connues, confirme la bizarrerie des exanthèmes consécutifs à l'action de l'iodoforme. Deux faits nous ont paru surtout dignes d'être mis en évidence : c'est d'abord l'apparition tardive des accidents, que M. Le Dentu considère comme le résultat d'une accumulation locale du principe toxique ; c'est ensuite la disparition brusque des accidents coïncidant avec la suppression du pansement, fait déjà bien connu, et qui, bien souvent, a constitué la meilleure thérapeutique des accidents, en même temps qu'elle a dû permettre de faire le diagnostic de leur cause.

---

(1) Pour la bibliographie, voir dans la thèse de M. Brun. (*Loc. cit.*)

---

*
* *

Avez-vous, chers lecteurs, eu affaire quelquefois à un client insolent? Je vous vois rire : un client insolent! qui n'en a eu plusieurs dans sa carrière médicale? Sinon dans toute sa carrière, du moins dans la première partie, car, suivant un de nos maîtres les plus éminents, il y a dans la carrière d'un médecin deux périodes : la première, pendant laquelle le client danse sur le ventre du médecin ; la seconde, pendant laquelle..... le médecin lui rend la pareille.

Donc, un de mes jeunes amis de province vient de recevoir une lettre qui sent sa première période d'une lieue et, dans son étonnement, il me l'a envoyée. La voici dans toute sa beauté et candeur :

« Monsieur le docteur, il y a à peu près huit jours, je me présentais chez vous pour obtenir un de vos conseils, au sujet de la maladie dont je souffre actuellement des yeux.

« En votre absence, je n'ai trouvé que votre bonne, qui me dit de me présenter chez vous le 25 courant, que j'aurai pu alors vous voir et obtenir ce que je demandai.

« J'y retournai donc hier, et vous étiez de nouveau absent; enfin j'y suis retourné aujourd'hui, et en vain. J'ai laissé une carte à la bonne, afin que vous eussiez la bonté de venir me voir.

« Je suis tout étonné de la réponse que vous me faites parvenir. Vous me dites de passer lundi chez vous. Je ne comprends pas que vous ayez le toupet de me prolonger ainsi, quand je nécessite une visite urgente. Croyez-vous peut-être que si ma maladie

CORRESPONDANCE

*Monsieur le Directeur de l'*Union médicale.

J'ai l'honneur de vous demander l'hospitalité de votre estimable journal pour publier sur les effets thérapeutiques du képhir quelques observations que je crois intéressantes, et qui pourront être utiles à vos lecteurs.

Déjà, à l'époque où l'*Union médicale* (21 décembre 1884) publiait une analyse d'une brochure du professeur Forster (de Riga) sur le képhir, j'avais essayé ce produit sur quelques malades, et les résultats obtenus m'ayant encouragé à en continuer l'emploi, j'ai donc pu, après trois années d'expérimentation, acquérir le droit d'affirmer la valeur thérapeutique de ce médicament.

Il est presque inutile de rappeler que le képhir est le produit de la fermentation du lait sous l'influence d'un cryptogame appelé grain de képhir. Connu depuis les temps les plus reculés par les peuplades du Caucase, il n'est définitivement entré dans le domaine thérapeutique que depuis cinq à six ans, alors que les médecins russes eurent commencé à étudier les transformations subies par le lait sous l'influence de ce ferment.

De nombreux travaux ont été faits sur ce sujet surtout à l'étranger, et l'on connaît actuellement les principales modifications produites par cette fermentation. Le sucre de lait ou lactose se transforme en partie en alcool et acide carbonique, en partie en acide lactique. Sous l'influence de ce dernier acide, la caséine et autres matières albuminoïdes sont désagrégées et converties en albuminose et en peptone. Une analyse faite tout récemment par M. E. Sonnerat, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, a donné les résultats suivants : Un litre de képhir nº 3, c'est-à-dire ayant subi le degré de fermentation le plus avancé, contient 12 centimètres cubes d'alcool, 2 gr. 60 d'acide lactique et 21 centigrammes de peptone. L'acide carbonique, qui existe en quantité considérable, n'a pas été dosé.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner, lorsque l'on connaît la composition du képhir, qu'il puisse rendre de très grands services en thérapeutique, puisqu'il est à la fois et un aliment presque assimilable et un médicament très actif. Chacun sait quelles grandes difficultés rencontre journellement le praticien pour maintenir chez les malades les fonctions stomacales dans un état satisfaisant. De tous les organes de l'économie animale, l'estomac est, en effet, celui qui, par action directe ou réflexe, est le plus rapide-

---

ne nécessitait pas une visite, je serais allé vous solliciter autant? Ou bien que je ne possède plus une pièce de cent sous pour payer vos honoraires?

« Dans tous les cas, croyez bien que, de la façon dont vous agissez, ce n'est pas dans le rang où vous êtes placé qu'on agit ainsi. Et quand même vous eussiez douté de ne pas être payé, en homme de cœur, vous auriez dû remplir votre devoir. Car, après tout, l'humanité est avant tout, et je ne m'attendais pas à une telle conduite de votre part. C'est pourquoi j'ai cru utile de vous adresser mes compliments!... »

Et dire que c'est signé : Ange! de son petit nom.

*
* *

En province, les rapports entre confrères sont parfois difficiles, pour ne pas dire plus; quelquefois ils donnent lieu à des anecdotes réjouissantes, comme celle-ci, que raconte le *Scalpel :*

« Il y avait, dans une petite bourgade, un médecin qui faisait florès, tout seul qu'il était, et, par conséquent, à l'abri des coups de patte de l'un ou de l'autre confrère. C'était une façon de grand diable d'homme basané et d'une maigreur à proposer une alliance à Sarah Bernhardt. Avec ça, de longs cheveux noirs qui encadraient sa figure argileuse et lui donnaient un air de revenant.

« *Arrive in leu!* (En picard ou en flamand) Survient un loup!

« Pas de ciel sans nuage; pas de soupe sans un cheveu. En effet, un beau matin, juste en face de son enseigne, le docteur vit luire la plaque d'un nouveau confrère.

Bulletin bibliographique.

M. G. Pouchet, directeur du **journal d'anatomie et de physiologie**, fondé par Ch. Robin, a publié dans ce journal une étude complète sur la vie et les œuvres de son ancien maître. — Cette étude vient d'être publiée en un volume séparé où l'on trouvera retracée l'histoire des luttes scientifiques et philosophiques du célèbre professeur ; ce volume se termine par un index bibliographique complet des travaux de Ch. Robin. 1 vol. in 8° avec un portrait sur acier, gravé par A. Martinet. — Prix : 3 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Bulletin du laboratoire de recherches expérimentales et cliniques sur le traitement aseptique de la phthisie pulmonaire, par les docteurs A. Filleau et Léon Petit. Deuxième année, premier fascicule. In-8° de 55 pages. Prix : 2 fr. — Deuxième année, deuxième fascicule. In-8° de 140 pages. Prix : 3 fr.

Guide de l'étudiant en médecine et du médecin praticien contenant les règlements administratifs concernant : les aspirants au doctorat et à l'officiat, les étudiants étrangers et les étudiants des écoles secondaires, les concours des facultés, des écoles et des hôpitaux, les services d'aliénation mentale, le service militaire des étudiants, les écoles de médecine militaire et navale, les services médicaux dépendant des administrations publiques et privées, par le docteur Paul Rodet, médecin-inspecteur des Ecoles de Paris, officier d'Académie. 1 vol. in-18 cartonné de 500 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Ce volume fait partie de la Bibliothèque médicale de poche.

L'art d'élever les enfants, par le docteur Brochard. Quinzième édition. In-12 de 24 pages. — Prix : 25 centimes.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

ment et le plus profondément troublé dans ses fonctions. En lui fournissant artificiellement les éléments que la maladie l'empêche de produire d'une façon normale, en économisant, pour ainsi dire, son travail, puisque la peptonisation des matières albuminoïdes est presque complète, en anesthésiant sa muqueuse, ou tout au moins en diminuant l'irritabilité gastrique, le képhir seul fait disparaître ces difficultés naguère encore insurmontables.

Son emploi est donc tout indiqué dans les affections gastro intestinales, sans excepter l'ulcère et le cancer de l'estomac; son efficacité est merveilleuse dans le traitement de la *gastrite alcoolique,* et il peut en être considéré comme le remède *spécifique.* Les troubles digestifs causés par la chloro-anémie cessent très rapidement sous son influence, et il est surtout d'une incontestable utilité lorsqu'il s'agit de relever les forces des malades en convalescence de maladies graves.

Les quelques observations suivantes, résumées le plus brièvement possible, sont une preuve puissante de la réelle valeur du képhir.

Observation I. — *Gastrite alcoolique.* — S..., âgé de 54 ans, charretier, alcoolique et affecté de pleurésie du côté droit et de gastrite alcoolique. Médication usitée en pareil cas. Diminution de matité, état général mauvais, vomissements continuels. Je soumets le malade au régime exclusif du képhir. Amélioration immédiate. Augmentation du képhir jusqu'à trois bouteilles par jour. Au bout de vingt jours, l'épanchement pleurétique avait disparu, mais le malade était atteint de paralysie alcoolique. Il entre dans le service de Dujardin-Beaumetz, d'où il sort guéri un mois après.

Obs. II. — G..., cas analogue et qui m'a donné d'aussi bons résultats.

Obs. III. — *Ulcère simple de l'estomac; chloro-anémie.* — Mlle B..., âgée de 21 ans, souffre de l'estomac depuis deux ans. Au 10 septembre, les vomissements deviennent incessants; aucun des moyens usités, glace, injections sous-cutanées de morphine, etc., ne réussit à les calmer. Je prescris une bouteille de képhir (dose moyenne) à prendre dans les vingt-quatre heures; les vomissements diminuent progressivement. La quantité du képhir est augmentée et portée progressivement de une à deux ou trois bouteilles par jour. Aujourd'hui, la malade est en convalescence et son estomac supporte les aliments solides, viande, pain, etc. L'état général est bon et les forces reviennent.

Obs. IV. — Petite fille atteinte de coqueluche; vomissements des aliments à la suite des quintes; maigreur extrême; elle a des lipothymies; on craint qu'elle ne succombe

---

« Le concurrent, lui, était rondelet, rosé, frisé comme un petit ange bouffi, un vrai miroir de santé, dans toute la fraîcheur de ses charmes blondinets. Les femmes des environs l'avaient surnommé le « bouton de rose », appellation flatteuse à laquelle notre Hippocrate répondait par un sourire qui creusait dans ses deux joues de pêche des fossettes à loger un tas d'indiscrétions. Et cela, joyeusement, le cœur léger, jetant un coup d'œil sur la fenêtre d'en face, où maigrissait de dépit le confrère à l'ocre, qui, décidément, semblait vouloir poser pour une momie.

« La concurrence se fit intense. Chaque jour ce Grec et ce Troyen se déchiraient entre eux le Pactole de la clientèle. C'était à qui donnerait le meilleur accroc dans le pan, ou plutôt à la réputation du collègue, — avec des fooooormes, bien entendu. Le dodu l'emportait sur le sec.

« Un jour, pourtant, le démon de la ruse cingla son grand front jaune. Une dame venait d'entrer dans son cabinet. La consultation finie :

« — Mais, docteur, lui dit-elle, comment se fait-il que vous soyez si maigre, que vous ayez l'air si malade, alors que votre collègue jouit de tous les avantages de la santé?

« — Oh! oh! Madame! C'est bien simple, reprit-il avec un éclair dans l'œil, nous ne sommes que deux médecins, et, par conséquent, obligés de nous soigner l'un l'autre. Voilà l'histoire : c'est moi qui le traite... et c'est lui qui me soigne. Vous voyez bien, n'est-ce pas, la différence du traitement. »

Je ne sais pas pourquoi, il me semble que j'ai déjà lu cela quelque part. Et vous?

Simplissime.

d'un moment à l'autre. Je prescris le képhir n° 2. Il est bien toléré et, au bout de huit jours, l'enfant est hors de danger. Elle continue la médication; au bout d'un mois, elle est guérie de sa coqueluche et digère bien tous les aliments.

OBS. VI. — *Tuberculose pulmonaire et intestinale.* — Mme M... est alitée depuis sept mois; a de la diarrhée; craquements secs au sommet gauche; une tumeur à l'hypochondre gauche qui a été prise pour un phlegmon du ligament large. Je pense qu'il s'agit d'une masse tuberculeuse mésentérique. La malade vomit toute espèce d'aliment; elle a maigri. Toute médication est restée infructueuse. Elle est soumise au régime du képhir n° 3, d'abord; ensuite, n° 2. Les vomissements et la diarrhée cessent; peu à peu la malade se nourrit. Au bout de quinze jours, elle peut faire une promenade en voiture; et, deux mois après, elle part à la campagne dans un état satisfaisant.

Je dois à l'obligeance de mon confrère, M. le docteur Delaborde, l'intéressante observation suivante :

Le 8 août 1887, je fus appelé auprès d'un enfant M..., âgé de 30 mois, atteint depuis dix jours d'une diarrhée infantile et d'une broncho pneumonie du poumon gauche. Température 40°, dyspnée intense, toux quinteuse et très pénible, ballonnement du ventre, diarrhée très abondante, vomissements incoercibles. Potion tonique au quinquina, vésicatoires, sulfate de quinine, lait coupé d'eau de Vichy. L'etat général s'aggrava; la diarrhée augmenta; le lait était vomi ou rendu sans modifications.

Le 13 août, l'état de l'enfant étant désespéré, je supprimai tous médicaments et n'ordonnai que du képhir qui fut très bien supporté. Les vomissements cessèrent aussitôt; la broncho-pneumonie entra en résolution; la diarrhée diminua, et, le 18 août, l'enfant était convalescent. J'ai revu cet enfant dans les premiers jours de septembre, il était complètement guéri.

Cette dernière observation est d'autant plus intéressante que, dans les cas analogues, M. le docteur Hayem a préconisé l'acide lactique comme traitement curatif.

Dans l'ensemble, ces observations (hélas! très courtes) démontrent néanmoins l'efficacité du képhir, qui est administré tous les jours, depuis quatre mois, en grande quantité dans les hôpitaux de Paris.

D[r] G. RAIMONDI.

Neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie

TENU A WASHINGTON DU 5 AU 10 SEPTEMBRE 1887 (1).

Mardi 6 septembre.

Le docteur Joseph Körösi, directeur des statistiques municipales de Buda-Pesth, lit un article intitulé : *Du pouvoir préventif de la vaccination.*

Il passe en revue toutes les opinions qui ont été émises pour et contre le pouvoir préventif de la vaccination; les statistiques sur lesquelles elles sont basées n'ont pas la valeur absolue que l'on veut leur attribuer. Même lorsque les chiffres prouvent que la mortalité des individus non vaccinés est supérieure à celles des individus vaccinés, les anti-vaccinateurs répondent que la première catégorie est composée d'enfants malades et faibles dont l'état général les prédispose à contracter la variole.

M. Körösi démontre, à l'aide des statistiques de 19 hôpitaux de Buda-Pesth et de la Hongrie, que la non-vaccination cause trois fois et demie plus de cas de petite vérole. La mortalité est calculée par la même méthode qui fonctionne à Buda-Pesth et dans neuf autres villes de la Hongrie, où elle est appliquée en outre à la syphilis, la tuberculose, etc.

M. Körösi discute longuement les rapports des différentes maladies entre elles, au point de vue de la valeur et de la portée des statistiques.

Les docteurs C. A. Leale, Lynch et Waugh partagent les opinions du docteur Körösi, dont ils apprécient le mémoire fort intéressant.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre 1887.

Le docteur W.-M. Whitmarsh (de Londres) fait une communication sur la *vaccination et le traitement de Pasteur*. Il ne considère pas la vaccination comme un préventif contre la variole, bien qu'elle diminue les probabilités de contagion. La loi exige en Angleterre que les enfants âgés de plus de trois mois soient vaccinés.

A propos de la méthode de Pasteur, il donne minutieusement le mode de préparation du virus pour inoculation et explique le principe dont il découle. Il montre les appareils employés ainsi qu'une solution de virus. Pour lui, Pasteur est un chimiste scientifique de premier ordre, mais il n'est ni médecin ni chirurgien. Il est difficile de savoir si les individus inoculés par Pasteur ont eu la rage ou non.

Il propose d'instituer une série d'expériences sur des condamnés.

Le docteur C.-A. Leale a l'occasion de soigner 18,000 à 20,000 enfants malades chaque année. Bien que des centaines d'entre eux aient été mordus par des chiens, il n'a jamais eu un cas d'hydrophobie.

Mercredi 7 septembre.

Le docteur John W. Ouchterlony (de Louisville), lit une étude sur l'*histoire naturelle des maladies*.

Les maladies sont des conditions naturelles, bien qu'elles ne soient pas normales; il serait raisonnable de supposer que la même puissance qui les a engendrées est aussi capable de les faire disparaître. Le fait est que la nature constitue un remède bien plus efficace qu'on ne le suppose, et tout traitement intelligent doit être basé sur la connaissance de l'histoire naturelle des maladies. Pour arriver à ce but, il faut les efforts réunis et les recherches de grand nombre d'hommes scientifiques du monde entier, qui communiqueront leurs observations sur les différentes maladies, sur l'influence qu'exercent sur elles l'âge, le sexe, l'occupation, etc., sur leur durée, sur leur mortalité et sur le mode par lequel elles causent la mort.

A ceux qui considèrent qu'il serait criminel de laisser l'issue d'une maladie à la nature, l'auteur répond que : 1° Ce serait un traitement aussi légitime que l'administration de médicaments dont nous ne connaissons pas les propriétés, ainsi que cela se fait chaque jour dans les hôpitaux. — 2° La nature, qui a engendré la maladie, est assez puissante pour en amener la guérison. — 3° Dans beaucoup d'affections aiguës, l'on admet généralement qu'il y a une tendance marquée à la guérison spontanée. — 4° Beaucoup de maladies possèdent la propriété d'autolimitation. — 5° Combien de médicaments y a-t-il qui ont une renommée phénoménale et qui ne possèdent que des qualités curatives des plus faibles? Ce ne sont point eux qui ont amené la guérison, mais bien la nature. — 6° Des maladies de même nature, traitées de manières différentes, guérissent. — 7° Beaucoup de maladies disparaissent, même lorsque le traitement institué est nuisible.

L'auteur reconnaît d'ailleurs que le médecin ne peut ni ne doit renoncer à toute médication dans tous les cas.

Les docteurs Cronyn (de Buffalo), Hemingway (de Michigan), W.-J. Scott (de Claveland) et A.-B. Arnold, partagent cette manière de voir.

Les docteurs S.-S. Green (de Buffalo) et Thomas Hay (de Philadelphie), croient à l'efficacité des médicaments.

Le docteur Ouchterlony fait remarquer que lui aussi croit à l'efficacité des médicaments, mais il faut qu'ils soient administrés selon une méthode exacte.

Le docteur Pavy (de Londres) est d'avis qu'il y a une histoire naturelle des maladies dont l'étude peut nous fournir beaucoup d'indications utiles.

Le docteur T.-D. Crothers (de Hartford) présente un mémoire intitulé : *De l'alcoolisme et de son traitement*. Dans les anciens temps, l'alcoolisme était considéré comme une véritable maladie, tandis qu'aujourd'hui on lui attribue une origine mentale. Au point de vue scientique, cependant, l'alcoolisme est régi par des lois qui varient des forces physiologiques, psychologiques et physiques, parmi lesquelles l'hérédité, les conditions environnantes, l'éducation et l'alimentation sont les plus importantes. Il y a un certain nombre de causes fixes qui peuvent lui donner naissance :

1° Certaines conditions d'hérédité, certains chocs physiques et psychiques sont suivis

d'alcoolisme dans beaucoup de cas. — 2° La maladie est souvent précédée d'altérations structurales et fonctionnelles du cerveau. — 3° Certaines organisations cérébrales mal équilibrées, des arrêts de développement du cerveau, etc., constituent des causes apparentes dans beaucoup de cas. — 4° Certaines maladies semblent avoir une tendance à se transformer en alcoolisme sans cause excitante.

Il rappelle combien les symptômes de l'alcoolisme sont uniformes. Comme traitement, l'auteur conseille l'incarcération des malades dans un hôpital dirigé militairement.

Le docteur Fair (d'Illinois) pense que les influences morales ont le plus de succès.

Les docteurs Cutter, O'Neil, Stubbs, William Waugh et autres prennent part à la discussion.

Le docteur Cisna (de Pennsylvanie) lit un mémoire sur la *fièvre typhoïde.*

Jeudi 8 septembre.

Le docteur Ephriam Cutter (de New-York) lit un mémoire intitulé : *La morphologie du sang chez le rhumatisant.*

Le docteur Mariano Semmola (de Naples) fait une communication snr la *pathogénèse de l'albuminurie.*

Le docteur R. Singleton Smith (de Londres) lit ses *Notes sur le traitement de la phthisie, surtout par la méthode des injections intra-pulmonaires.* » Il croit au succès d'une médication qui cherchera la destruction directe du bacille. Il a essayé les injections gazeuses dans le rectum sans aucun succès.

L'iodoforme est la meilleure substance pour injections dans le parenchyme pulmonaire, car son administration interne dans les affections des poumons cause une augmentation dans le poids, une amélioration de l'appétit et une diminution de la température. La vérité de ces assertions est prouvée par une série d'expériences faites au sujet de cet agent thérapeutique, qui fut proposé en 1878 par le professeur Semmola, et présentées au Congrès international de 1884. Le résultat clinique est le seul que nous cherchions; nous ne tiendrons donc pas compte des objections qu'on a faites à l'iodoforme, à cause de son pouvoir germicide relativement faible.

La grande difficulté est d'arriver à le dissoudre; l'éther produit des troubles cérébraux qui effraient le patient et le découragent de se soumettre fréquemment aux injections. L'eucalyptol est irritant; on cite deux cas où il aurait engendré une attaque de pleurésie aiguë. L'huile de vaseline seule, ou en combinaison avec l'eucalyptol, a été aussi employée. La question est loin d'être résolue. Il déconseille l'emploi de solutions contenant de l'iode ou du bichlorure de mercure; il fait l'essai sous-cutané du liquide qu'il se propose d'employer avant de pratiquer l'injection intra-pulmonaire.

Si l'iodoforme donne de bons résultats, administré intérieurement, il est évident qu'il en donnera de meilleurs encore s'il arrive au foyer du mal. Les injections ne présentent qu'un danger relatif, car même les pleurésies qu'elles causent guérissent très rapidement. Cependant l'auteur ne conseille pas leur emploi dans les cas désespérés ou chez les malades dont les accidents cèdent à d'autres moyens plus simples.

Le docteur Truax n'a pas confiance dans l'iodoforme; il a cultivé des bacilles tuberculeux dans une solution iodoformée.

Le docteur Pavy (de Londres) fait une dissertation sur le *diabète*, qui ne renferme pas de données nouvelles sur cette affection, qu'il croit d'origine nerveuse. Récemment, il a observé des diabétiques qui avaient toute une série d'accidents ataxiques, probablement analogues à une névrite périphérique.

Le réactif le plus sûr paraît être la liqueur de Fehling, à laquelle on reproche de donner souvent un précipité qui amène la réaction. C'est pourquoi Pavy se sert de tablettes qu'il peut faire dissoudre au moment de s'en servir.

Le docteur Stockmann lit un mémoire du docteur W. Philips (d'Edimbourg) intitulé : *L'étiologie de la phthisie.* Les ptomaïnes en sont les principaux facteurs étiologiques, car

lorsqu'on en pratique l'injection chez les animaux, ces derniers présentent tous les symptômes de la maladie. Selon l'auteur, l'atropine agit comme contre-poison.

Le docteur Herrick (de Cleveland) ne croit pas que le bacille en lui-même puisse causer la tuberculose.

Les docteurs Whitmarsh, Arnold et Truax croient au pouvoir des micro-organismes.

Le secrétaire lit un article du docteur Neftel, intitulé : *Quelques considérations sur la pathogénèse des maladies des femmes*. Les expériences tendent à démontrer que la compression du thorax donne lieu à la phthisie et à l'albuminurie, causée par la congestion veineuse. Puis il fait allusion aux effets nuisibles qui découlent de l'usage des corsets et des bottines à hauts talons.

Les docteurs Herrick et Price considèrent que des expériences sur les animaux ne peuvent, dans ce cas, s'appliquer à l'espèce humaine.

Vendredi 9 septembre

Le docteur G. E. Stubbs (de Philadelphie) fait une communication sur le *traitement rationnel des maladies des voies aériennes*. Il discute longuement la question de la tuberculose.

Le docteur Eye (de Reading) lit un article intitulé : *Méthode nouvelle pour le traitement de la phthisie*. Il insiste sur la confirmation du diagnostic par le microscope. Il verse dans un verre d'eau le blanc d'un œuf, met ce mélange dans une bouteille, et, au bout de cinq ou six jours, lorsqu'il s'en dégage une odeur d'œuf pourri, il en fait faire des inhalations profondes pendant vingt-quatre heures. Les bacilles disparaissent petit à petit des crachats. Il ne sait pas quel est le mode d'action du mélange, à moins qu'il ne s'y forme un bacille antagoniste de celui de la tuberculose et assez puissant pour l'anéantir.

Sir James Grant (du Canada) lit un mémoire sur la *diphthérie*. — Il en existe deux variétés : diphthérie simple et diphthérie maligne, toutes deux constituant un poison septique, qui agit sur le sang. Au début, il conseille l'emploi de bains sinapisés et l'administration du fer intérieurement. Le malade doit resté couché. Il n'existe pas de remède contre la forme maligne. L'humidité atmosphérique est un facteur dans la production de l'affection.

Les docteurs Ouchterlony et Palmer approuvent tout traitement qui a pour but la détermination de la diaphorèse. Ce dernier administre du jaborandi, avec précaution toutefois, à cause de l'action faible du cœur.

Le docteur Ouchterlony lit un rapport sur la communication faite au second jour du Congrès par le docteur Korösi et intitulé : *Le pouvoir préventif de la vaccination*.

Le docteur A. B. Arnold lit un mémoire qui a pour sujet : *La dilatation et la dégénérescence graisseuse du cœur*. Il condamne l'administration de la digitale dans cette affection.

Le docteur George E. Fell (de Buffalo) fait une communication sur la *respiration artificielle forcée dans l'empoisonnement par l'opium, la possibilité de son emploi, et le meilleur appareil pour la pratiquer*. Ce procédé est employé dans les étouffements, l'occlusion des voies aériennes, l'empoisonnement par les anesthésiques, etc., etc. Aux mouvements forcés des membres et du corps on a substitué la pression. Dans les expériences de laboratoire on ouvre la trachée et on y place un tube.

L'auteur désigne sous le nom de respiration forcée le procédé qui consiste à ouvrir la trachée. Il l'a employé sur un cas d'empoisonnement par l'opium le 23 juillet 1887. Guérison.

Le docteur Brainard condamne le procédé à cause du danger de l'opération.

Paris, le 14 octobre 1887.

Monsieur le rédacteur en chef,

Vous avez publié une lettre dans laquelle je suis incriminé par deux amis de M. Paul Le Gendre.

M. Le Gendre, mon ancien interne, à qui j'ai fait beaucoup de bien, a eu de très graves torts envers moi.

Je me considère comme n'ayant aucun compte à lui rendre de ce que j'ai pu dire relativement à lui dans une lettre privée qui n'était pas destinée à lui être mise sous les yeux.

J'estime — et je ne suis pas le seul — que je ne peux ni ne dois donner suite à cet incident.

Veuillez agréez, Monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Henri Huchard,
Médecin de l'hôpital Bichat.

M. Huchard, dont j'ai été l'interne en 1885, m'avait jusqu'à cette époque donné des marques d'intérêt, que je croyais sans arrière-pensée, et que je me suis fait un devoir de mentionner dans l'avant-propos de ma thèse.

Mais M. Huchard vient de m'insulter de la façon la plus grave et la moins justifiable dans une lettre qui a passé sous les yeux de plusieurs personnes.

M. Huchard, qui a 44 ans, considère qu'il ne me doit aucune réparation. J'ai pensé le contraire, et j'ai la satisfaction de pouvoir invoquer en faveur de mon opinion l'approbation de plusieurs de mes maîtres que j'ai consultés.

D'ailleurs, après le procès-verbal de mes témoins, j'estime maintenant, comme M. Huchard, — mais pour d'autres raisons, — que l'incident est vidé.

P. Le Gendre,
Chef de clinique adjoint de la Faculté.

COURRIER

M. le docteur Cloquet est nommé chirurgien sous-aide-major au corps de sapeurs-pompiers du département de la Seine.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le docteur de Chapelle, médecin-aide, à l'hôpital Saint-Jean, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. le docteur de Lagarde, démissionnaire.

Cours d'accouchements. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à huit heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 17 octobre. — S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur Fournel, 20, rue de la Michodière, ou au concierge du cours.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Les nouveaux traitements de la coqueluche.

Dans ces dernières années, la pathogénie de la coqueluche a donné lieu à de nombreuses recherches; tandis que les uns, sous l'empire des idées régnantes, cherchent à prouver l'origine parasitaire de la maladie, d'autres, tout en admettant la nature microbienne de la coqueluche, soutiennent qu'elle dépend, dans beaucoup de cas, d'une altération siégeant dans les fosses nasales, et la regardent comme une névrose réflexe. De nouvelles théories pathogéniques entraînent de nouveaux traitements, et comme ces derniers ont paru, dans beaucoup de cas, donner de bons résultats, il nous a paru utile de les étudier en détail et d'exposer en même temps les modifications que la pratique a pu faire apporter à quelques-unes des médications classiques préconisées par nos maîtres.

1° *Médications antiparasitaires.* — L'*acide phénique* est un des agents auxquels les partisans de la théorie microbienne se sont adressés tout d'abord, et il a été employé bien plus en inhalations qu'à l'intérieur.

Dès 1874, Burchardt conseillait les inhalations d'une solution à 1 ou 2 p. 100, et Thorner, Scheiding, Roberts ont préconisé le séjour des malades dans une atmosphère saturée par l'évaporation d'une solution au même titre.

Pick se sert, dans sa pratique, d'un masque spécial : 15 à 20 gouttes d'acide pur liquide sont versées sur une boulette de coton que l'on introduit dans le masque; ce dernier est porté six à huit heures par jour et la boulette renouvelée trois fois. Les quintes diminuent rapidement et la durée de la maladie est abrégée; il n'y a pas d'intoxication.

Davezac (Société de médecine de Bordeaux, 4 mars 1887) a eu des guérisons en quinze jours, en employant des solutions à 1/500e coupées de moitié d'eau. Il recommande, en y insistant, d'employer de forts pulvérisateurs, afin que l'atmosphère de la chambre du malade soit saturée.

Goldschmidt s'est servi de solutions à 4 ou 5 p. 100; toutes les deux ou trois heures, il emploie 50 à 60 grammes de liquide en promenant à travers la pièce un pulvérisateur Richardson. De plus, il fait renouveler l'air deux fois par jour. Les résultats ont été souvent étonnants, toujours satisfaisants. Il n'a pas observé de phénomènes d'intolérance.

A la pratique précédente, Ortille (de Lille) joint l'inhalation des vapeurs qui s'échappent d'un flacon à large ouverture où se trouve le liquide.

Smith (cité thèse de Guy) combine les inhalations d'une solution à 1 p. 100 (4 par jour) avec des prises de tannate de quinine. La durée moyenne du traitement a été de vingt et un jours.

Il semble évident, lorsque l'on compare les statistiques de différents auteurs, que les inhalations de solutions phéniquées pulvérisées ont pour effet d'abréger la durée de la maladie. Mais, est-ce bien le fait de l'acide phénique? Ce n'est pas l'avis d'Hagenbach, qui attribue les bons effets obtenus à l'action de la vapeur d'eau. Enfin, il s'élève, dans ce concert de louanges, quelques voix discordantes, car Vogel (de Munich) avoue n'avoir obtenu que peu de résultats par l'emploi de la méthode.

L'acide phénique a été donné à l'intérieur par Cory, et surtout par Suckling, qui le considère comme un véritable spécifique. A un enfant de 1 an, il administre 0,02 1/2 d'acide en se servant, comme véhicule, d'un mélange de glycérine et de menthe poivrée. Vingt cas qu'il a ainsi traités n'ont pas duré plus de quinze jours.

Illingworth attribue à l'acide phénique pris à l'intérieur une action anesthésique sur les muqueuses pharyngée et gastrique, ce qui prévient les vomissements et diminue les quintes de toux. Il reconnaît du reste que son traitement ne suffit pas dans les cas graves, et il préfère alors employer le fer.

De l'acide phénique on peut rapprocher le *thymol*, qui a été employé par Bouchut, et surtout par Paulet. Ce dernier fait évaporer dans la chambre des petits malades le mélange suivant placé sur une assiette de fer battu au-dessus d'une veilleuse : Essence de thym, 10 grammes; alcool, 250 gr.; eau, 750 grammes; mêlez. A l'intérieur, il donne en même temps du sirop de goudron, ou des sirops phéniqué, de pin, d'eucalyptus, etc.

L'*acide salicylique* a été conseillé d'abord par Otto (chaque jour, cinq minutes d'inhalation d'un solution bouillie à 2 p. 100) et ensuite par Moncorvo, dont le nom est surtout attaché au traitement par la résorcine.

Gonzalès Mirande (th. de Guy) a employé le salicylate de soude dans quatre cas suivis de succès. La plus forte dose a été de 1 gramme, et il s'agissait d'enfants dont l'âge variait de 9 mois à 6 ans.

Neubert a préconisé le séjour dans une atmosphère saturée par les vapeurs d'une solution de salicylate à 1/10e, et Nodet (suivant la pratique de Perroud, de Lyon) a donné le médicament à la dose de 2 à 4 grammes, suivant l'âge, dans la soirée, dissous dans un peu d'eau ou de kirsch. On divisait en plusieurs doses, de manière à donner le tout en deux ou trois heures. Nodet a souvent vu les quintes nocturnes tomber brusquement de 17 à 3 ou 2, et les vomissements disparaître rapidement. Dans quelques cas ainsi traités, il avait inutilement essayé le benjoin. Jamais il n'a eu d'accidents.

Pour être complets, disons que l'acide salicylique et le salicylate de soude ont été employés en insufflations mélangées à d'autres corps par Lasinski et Justi.

Les *sels de quinine*, et surtout le chlorhydrate et le sulfate, ont été expérimentés par un grand nombre de praticiens, soit à l'intérieur, soit sous forme d'insufflations dans les fosses nasales.

Thornton Parkes regarde le sulfate de quinine comme un des plus puissants médicaments contre la coqueluche. Il administre toutes les deux heures une cuillerée à dessert d'une solution de sulfate à 2 grammes par 100 grammes d'eau, ou à 60 centigr. pour 30 grammes, ces doses pouvant, du reste, être variées selon l'âge. La durée de la maladie est très diminuée. Notre confrère et collègue M. Deniau fait remarquer, en analysant le travail de Thornton Parkes, que le lactate ou le chlorhydrate de quinine seraient moins compromettants pour l'estomac des petits malades.

D'après Misrach (de Salonique), le sulfate de quinine a été employé pour la première fois, en Orient, par Henri Perera, qui constata que les accès de toux sont presque toujours diminués de nombre et d'intensité, et que souvent la durée totale de la maladie est très abrégée. Misrach lui-même a soigné et amélioré plus de 200 cas par le sel de quinine, mais il reconnaît cependant qu'il échoue parfois complètement. Il donne le sulfate en deux

fois, moitié le matin et moitié le soir. On varie les doses entre 30 centigr. et 1 gr. 20, selon l'âge, et il faut continuer l'administration du remède sans se lasser, pendant trois semaines, un mois, un mois et demi. La persévérance est la condition *sine quâ non* du succès. (Il ne faut pas oublier que Salonique est un terrain palustre par excellence.)

Sauerhering a employé pendant dix ans le sulfate à doses faibles, mais répétées, et il n'a eu qu'à s'en louer. Il donne dix doses en quatre jours: elles varient selon l'âge, et vont depuis 4 centigr. pour les nourrissons jusqu'à 50 centigr. pour les adultes. Le premier soir, on administre une dose et trois les jours suivants. Après s'être reposé deux jours, le malade recommence une nouvelle série; généralement deux séries suffisent, mais on peut continuer si cela est nécessaire. L'auteur recommande d'attendre la période des grandes quintes pour administrer le médicament. Après la troisième série, les quintes se réduisent à une ou deux, et finissent par disparaître.

Campbell a eu de bons résultats en donnant 0,025 en solution toutes les deux ou trois heures chez les enfants de moins de 3 ans, et en allant jusqu'à 10 centigr. pour les enfants de 12 ans et au-dessus.

Kolover (th. de Guy) projette, à l'aide d'une petite seringue, contre le voile du palais et les piliers la solution suivante :

Sulfate de quinine..........	3 gr. 50 centigr.
Acide sulfurique.......	XXX gouttes.
Eau distillée	180 grammes.

On répète toutes les deux heures pendant les trois premiers jours et toutes les trois heures les jours suivants. Au bout de la première semaine, la toux disparaît complètement.

Binz (Congrès de médecine interne de Wiesbaden, 1887) insiste sur la nécessité des doses fortes de quinine; les insuccès tiennent à l'emploi de doses trop faibles. Le tannate de quinine est le meilleur sel, parce qu'il n'a pas de goût, mais il faut qu'il contienne 24 p. 100 de quinine au minimum. On doit l'administrer pendant toute la journée, de manière à ce que le malade en prenne par jour quatre fois autant de décigrammes qu'il compte d'années d'âge. Il y a une amélioration prononcée dès le troisième jour, puis la maladie prend les allures d'un simple catarrhe bronchique (*Semaine médicale,* 1887, 17, 174). Hagenbach regarde aussi le tannate de quinine comme très efficace.

Poskin a employé le tannate de quinine dans 28 cas. Il abrégeait la durée de la période spasmodique et diminuait le nombre des quintes et leur intensité. Il donne des doses massives le soir dans l'espace d'une demi-heure; elles varient, selon l'âge des enfants, entre 50 centigr. et 1 gr. 50. Chez l'adulte, il préfère le sulfate. (*Annales de la Société de médecine de Liège,* 1881).

Lasinski s'est servi des sels de quinine en insufflations. Il formulait une poudre composée de chlorhydrate de quinine, 1; acide salicylique, 2; sucre et bicarbonate de soude, ââ 0,50. Cette poudre, divisée en portions contenant chacune 0,25 de quinine et 0,10 d'acide salicylique, était insufflée deux fois par jour dans le larynx.

Moncorvo (de Rio-Janeiro) employa le premier la résorcine contre la coqueluche. Il se sert actuellement d'une solution aqueuse à 1-3 p. 100 avec laquelle il badigeonne la glotte, faisant précéder chaque application d'un attouche-

chement avec une solution de cocaïne. Il dit avoir obtenu rapidement l'amélioration, puis la guérison, et rapporte dans sa monographie 40 observations détaillées où la réduction du nombre des crises est soigneusement indiquée. L'application préalable de la solution de cocaïne à 10 p. 100 permet d'éviter l'exacerbation des quintes et les vomissements qui se voient souvent au début du traitement.

W. Hedger a employé la pulvérisation de solutions à 2 p. 100 toutes les trois heures pendant quatre à cinq minutes. Tous les adultes qui suivirent le traitement régulièrement ont guéri en moins de neuf jours; chez les enfants, la méthode est souvent difficile à appliquer.

Baréty et Bodier soumettent leurs malades à des inhalations d'*essence de térébenthine* qu'il suffit de placer sur une assiette, ou mieux de mettre dans la bouillotte d'une veilleuse (15 gr. pour une nuit). Legroux (cité par Guy) suspend autour du lit du malade un certain nombre de linges imbibés d'essence, et Otto Ringh la donne à l'intérieur sous la forme suivante:

Essence de térébenthine..........................	10	grammes.
Sirop de mauve..................................	80	—

A. Keppler fait respirer l'eau térébenthinée trois ou quatre fois par jour, pendant cinq minutes, au moyen d'un appareil spécial. Dès la deuxième semaine, la maladie n'est plus qu'un simple catarrhe.

Schliep (de Baden-Baden) donne, par jour, 4 grammes de térébenthine en émulsion jusqu'à suturation de l'organisme, il a obtenu de bons résultats.

Citons encore Widerhoffer (de Vienne), qui a remarqué que, sous l'influence de la vaporisation de l'eau chargée d'huile de pin ou d'essence de térébenthine à raison de cinq à six séances par jour, les quintes devenaient moins fréquentes.

Nous avons encore à citer parmi les médications antiparasitaires le traitement par l'*acide sulfureux* qui a été préconisé par Mohn. Voici comment il opère (*Revue internationale des sciences médicales*, 1886, 396) : les enfants sont, le matin, vêtus de linges propres et transportés ailleurs. Dans la chambre à coucher et dans la pièce où séjournent habituellement les malades, on suspend la literie, les habits, les jouets, tout ce qui ne peut être lavé. Dans la pièce à désinfecter, on brûle 25 grammes de soufre par mètre cube, et on laisse le gaz sulfureux faire son effet pendant cinq heures. Les vêtements et la literie sont ensuite exposés à l'air, on aère largement, et, le soir, l'enfant couche dans une chambre et dans un lit complètement désinfectés. Cela suffit pour guérir la maladie. A la Société de médecine de Christiania, où le docteur Mohn fit sa communication, le docteur Schonberg partagea l'opinion de son confrère.

Kaurin a expérimenté la méthode de Mohn. Il l'employa dans 19 cas, et, dans tous, répandit les vapeurs d'acide sulfureux dans la maison abandonnée par les familles. La nuit qui suivait la fumigation fut toujours bonne, mais la maladie revint rapidement et l'amélioration ne persista que dans quatre cas.

Kaurin n'a jamais vu de guérison instantanée.

Schliep recommande aussi les fumigations énergiques avec l'acide sulfureux, 25 gr. de soufre par mètre cube. Féréol a eu un cas de guérison dans une coqueluche légère après avoir désinfecté la chambre de l'enfant. Enfin

P. Vigier a eu un cas guéri rapidement par les inhalations d'acide, le petit malade ayant été introduit par hasard dans une chambre où l'on avait brûlé du soufre.

Au traitement par l'acide sulfureux peut se rattacher l'emploi de la méthode de Bergeon. Dans une communication faite à l'Association pour l'avancement des sciences (Toulouse), il expose que, lorsqu'on injecte deux ou trois fois par jour dans le rectum du gaz acide carbonique, chargé de vapeur de sulfure de carbone tenant en dissolution des produits empyreumatiques et traversant une forte masse d'eau sulfureuse minérale, on voit diminuer le nombre des quintes de la coqueluche, le plus souvent vers le cinquième jour du traitement. On peut obtenir la guérison de la maladie avec 12, 15 et 20 lavements gazeux.

(*A suivre.*) Paul CHÉRON.

Le Congrès d'hygiène de Vienne.

Vienne, le 1er octobre 1887.

Je ne m'attarderai pas à l'intéressante communication de M. le docteur Vincenz Goelslert sur les taches solaires et la mortalité de l'humanité. J'aborde le rapport de M. le docteur Treille, médecin principal de la marine.

Ce rapport présente un grand intérêt d'actualité, à l'heure où nous sommes engagés, dans des pays lointains, dont le climat est réputé meurtrier. *L'acclimatation des Européens dans les pays chauds* n'est pas aussi difficile qu'on le pense généralement. Mais il est de toute nécessité de s'imposer des règles d'hygiène sans lesquelles la vie est impossible. Apporter dans ces pays les habitudes, la manière de vivre de l'Europe, c'est compromettre à coup sûr sa santé. Il y a donc des règles précises à observer qui découlent de la connaissance exacte des conditions climatologiques et des faits qu'une malheureuse expérience nous a enseignés.

L'Européen est parfaitement capable de coloniser dans les pays chauds, sa persévérance est souvent couronnée de succès. L'établissement des Français en Algérie est un exemple tout contemporain. Dès le début, et pendant une trentaine d'années, on crut qu'il serait impossible de triompher de l'endémie palustre qui décimait les premiers occupants dans certaines localités. Grâce à la ténacité héroïque des colons, l'amélioration progressive du sol a rendu ce pays prospère; la natalité l'emporte définitivement sur la mortalité générale.

Ce qui est le plus redoutable pour l'Européen, c'est la chaleur humide; elle le met promptement en imminence morbide, s'il ne se défend pas énergiquement contre elle. « Le premier effet, dit Rufz de Lavison, du climat des Antilles sur l'arrivant, est une sorte d'excitation générale qui produit un sentiment de force inaccoutumée et d'activité; toutes les distances paraissent petites, toutes les fatigues sont hardiment abordées... Mais les gens du pays rient sous cape de toute cette effervescence, car ils ont été souvent témoins de sa durée éphémère. En effet, après quatre ou cinq jours déjà, cette ardeur est tombée, le corps s'alourdit, les fonctions s'alanguissent; une pesanteur de tête s'oppose au libre exercice de l'intelligence. Il semble, à mesure que le solei monte sur l'horizon, qu'il se lève en même temps une vapeur, une lourde ivresse qui trouble la pensée. On éprouve une horreur du mouvement, un besoin de repos irrésistible; on n'agit plus que par secousses, et, aux moindres agitations, on fond tout en eau, et cette transpiration, qu'on augmente par un excès intempestif de boisson, est énervante. » Il est un fait constant, c'est qu'en passant des pays tempérés dans les pays chauds, l'Européen voit s'élever sensiblement la température de son corps.

Si la température ambiante entraîne dans son mouvement ascensionnel celle du corps humain, elle n'est pas la seule cause ni la plus active de cette élévation. L'humidité atmosphérique y joue un rôle actif, en prohibant dans une certaine mesure la réfrigération sudorale, par diminution du pouvoir d'évaporation. D'après M. Treille, l'hy-

perthermie normale est due à l'action combinée de la chaleur, de la tension de vapeur d'eau atmosphérique, de la réplétion vasculaire déterminée par les aliments et surtout par les boissons, enfin du mouvement.

L'Européen, dans les pays chauds, présente de nombreuses modifications fonctionnelles. Les fonctions de la peau sont doublées ou triplées; la fonction rénale est amoindrie; l'activité du foie est constante. Les fonctions digestives sont altérées et le dyspepsie ne tarde pas à survenir. « Sous l'influence d'abus répétés de boissons aqueuses, absorbées en volume parfois considérable, les pans musculaires des parois de l'estomac se fatiguent et perdent de leur énergie. La dilatation de l'estomac, par passivité de l'organe, n'est pas rare chez les colons. Beaucoup accusent la sensation de flot indiquant que l'énergie contractile des fibres musculaires est momentanément vaincue. » Toutes les conséquences de la dilatation de l'estomac peuvent alors s'observer; et la résistance que l'organisme présente aux nombreux éléments pathogènes qui l'entourent, se trouve amoindrie.

A côté des modifications fonctionnelles, il se manifeste, chez l'Européen immigré, un état de pâleur anémique. Cette anémie d'acclimatation consisterait en une diminution du nombre des globules de sang.

Lorsqu'un Européen arrive dans les pays chauds, il faut qu'il cherche les moyens de se soustraire aux fâcheux effets du climat ou de les atténuer. Le choix de son lieu d'habitation est tout d'abord de la plus haute importance. C'est, d'une manière générale, sur les hauteurs qu'il devra s'établir; il y trouvera des conditions meilleures que dans la plaine. L'air est plus pur; le sol en pente permet l'écoulement des eaux pluviales et retient une moindre proportion d'humidité; l'abaissement de la température nocturne est plus prononcé qu'en bas; la différence peut être de 3 à 4 degrés.

L'eau doit être l'objet de ses préoccupations constantes. Elle est susceptible de donner la fièvre intermittente par ingestion directe d'organismes malariens. On peut considérer qu'elle est le mode de propagation le plus fréquent de la dysenterie, du choléra, de la fièvre typhoïde; enfin, elle sert de véhicule aux parasites du tube digestif. Puis, il faut chercher à améliorer le terrain; le sol doit être débroussaillé avec soin.

Les matériaux de construction et l'aménagement de l'habitation jouent un grand rôle. M. Treille l'étudie dans tous ses détails.

Le choix de l'alimentation est d'un intérêt majeur. Dans la période d'acclimatation, les fonctions digestives sont troublées. La viande, les graisses répugnent. L'Européen doit rapprocher son régime alimentaire de celui des peuples indigènes, qui tirent principalement leurs aliments du règne végétal. M. Treille passe successivement en revue la plupart des aliments, et indique dans quelle mesure on doit les utiliser; il condamne absolument les condiments, achards on mixed pickles à base de vinaigre. Une apparente stimulation des fonctions digestives suit leur ingestion, mais la dyspepsie ne tarde pas à survenir.

Quant aux boissons, on ne doit en user qu'avec la plus grande modération, et seulement à l'occasion des repas. Le vin et les bières fortes doivent être pris coupés d'eau. Pour les liqueurs fortes, le mieux est de n'en jamais prendre, du moins dans le régime journalier. Il y aurait même avantage à les bannir absolument. Les boissons aromatiques, le thé et le café sont, au contraire, à recommander.

Pour l'habillement, l'Européen devra bien se garder d'imiter les indigènes, qui sont adaptés au milieu et qui peuvent aller nus au soleil. Les vêtements de laine fine ou de soie, de couleur blanche, remplissent les meilleures indications.

L'Européen doit se lever avec le jour. Il se livrera aussitôt à la pratique d'une ablution froide générale et très courte. A dix heures, il quittera les travaux pour se rendre au déjeuner. Il est sage d'user modérément de la nourriture, de boire peu d'eau et de quitter la table avec un reste d'appétit. Une demi-heure après le déjeuner, l'Européen peut se laisser aller au sommeil. Au moment le plus chaud du jour, à l'heure où tout effort est pénible, la sieste économise les forces et rend de l'énergie pour la seconde moitié du jour.

Au réveil de la sieste, un bain froid ou ablution générale.

A trois heures de l'après-midi, le colon peut reprendre ses occupations jusqu'à six heures.

Le diner doit être abondant, sans excès. Après dîner, aux premières heures du soir, promenade; à ce moment, l'abaissement de la température, le rayonnement du sol, la fraîcheur de la brise nocturne facilitent la déperdition calorique du corps. Le coucher doit avoir lieu vers dix heures ou dix heures et demie. Enfin, M. Treille recommande une grande réserve en ce qui concerne les fonctions génitales; il faut que l'Européen soit en garde contre l'excitation bien connue des sens, dans les pays chauds.

Dans la dernière partie de son rapport, il étudie le rôle et les aptitudes des Européens dans la colonisation : ils ne doivent pas tenter d'exercer par eux-mêmes le métier d'agriculteur, n'étant pas physiquement organisés pour le supporter. Initiateurs bienveillants des indigènes, ils ne peuvent être que les organisateurs et les directeurs du travail colonial. Croire qu'avec une concession de quelques hectares de terre ou de forêt vierge et des instruments aratoires l'Européen pourra par ses bras conquérir une fortune, c'est une erreur malheureusement commune à beaucoup d'entre eux.

Tels sont les points qui nous ont le plus frappé dans le rapport de M. Treille. Pour nos soldats et nos administrateurs engagés dans ces pays lointains, c'est une question capitale. Que d'insuccès dans la colonisation, attribuables à ces règles méconnues! Sans doute, au début de la conquête, les nécessités de la lutte rendent impossible l'observation de ces soins individuels. Les malheureux qui succombent sont des victimes du devoir. Mais, cette période passée, alors que l'hygiène s'impose, combien peu on la respecte! Cette négligence coûte cher à la patrie. N'avons-nous pas vu de hauts fonctionnaires, présidant aux destinées de pays nouvellement conquis, et devant donner l'exemple, apporter dans l'Extrême-Orient toutes les habitudes prises en Europe, sortir en plein midi par des chaleurs torrides, sans nécessité absolue. La mort est venue rapidement mettre un terme à ces témérités. Ainsi s'accrédite l'opinion que les Français ne sont pas organisés pour la colonisation. C'est que, malheureusement, dans les colonies comme en France, l'amour propre s'oppose à ce qu'on suive les règles de l'hygiène; pour beaucoup de gens, prendre des précautions, c'est un aveu d'infériorité. Préjugé funeste, et qui porte à la patrie un grave préjudice! Maurice Springer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Brown-Séquard communique le résultat de ses recherches sur des mouvements de contraction et de relâchement, en apparence spontanés, qui se produisent dans les muscles, après la mort, tant que dure la rigidité cadavérique.

Le savant professeur met sous les yeux de l'Académie une série de tracés graphiques qui donnent la mesure de ces mouvements, il résume son travail dans les propositions suivantes :

« 1° Ces mouvements existent-ils toujours? Je puis dire qu'ils ne manquent complètement que dans de rares circonstances, que j'indiquerai tout à l'heure. Dans ces circonstances, au lieu de se contracter (c'est-à-dire de se raccourcir) et de se relâcher (c'est-à-dire de s'allonger) alternativement, on voit seulement l'un de ses deux mouvements, celui du relâchement ou d'allongement, lequel peut quelquefois exister sans interruption, mais cesse souvent, étant alors remplacé par un repos absolu qui peut être assez prolongé.

« Dans nombre de cas, les mouvements alternatifs de contraction et de relâchement sont si faibles qu'il faut examiner les tracés avec soin pour en constater l'existence.

« 2° Ces mouvements semblent quelquefois être très réguliers, presque rythmiques; mais cela n'est pas fréquent, car je n'ai observé cette régularité que chez sept ou huit animaux sur plus d'une centaine. Elle ne s'est jamais montrée avant les deux premiers jours qui ont suivi la mort. Dans le cas, où ces mouvements ont eu le plus de régularité, ils ont commencé quatre jours après la mort, et se sont montrés une fois par jour pendant trois, quatre ou cinq jours.

« 3° Ce que je viens de dire des mouvements presque rythmiques, je puis le dire aussi pour les grands mouvements ayant lieu d'une manière irrégulière. A part de rares cas où, peu de temps après la mort, un très grand raccourcissement ou, ce qui est encore plus rare, un notable allongement, a eu lieu, les très grands mouvements ne paraissent que deux, trois ou quatre jours après la mort. Dans un cas seulement il y a eu un plus grand raccourcissement le second jour qu'ensuite. Il y a eu dans ce cas des mouvements pendant trois semaines. Quelquefois il est arrivé que les plus grands mouvements se sont montrés seulement dans la deuxième, dans la troisième ou même dans la quatrième semaine. Ainsi, par exemple, chez un lapin tué le 12 mai, c'est du 28 mai au 2 juin que les mouvements ont eu le plus d'étendue.

« 4° Sur des muscles paralysés par la section du nerf sciatique j'ai cherché si des mouvements comparables à ceux que j'ai étudiés après la mort, se montrent aussi pendant la vie. Le résultat a été absolument négatif sur trois animaux, excepté que, pendant les premières heures qui ont suivi la section du nerf, il y a eu l'allongement bien connu dépendant de la perte de l'influence tonique de la moelle épinière sur le muscle. Les graphiques, après ces premières heures, ont montré des tracés parfaitement rectilignes et horizontaux.

« 5° Dans trois cas où j'ai cherché ce que sont les mouvements *post-mortem*, après avoir épuisé des muscles par des contractions extrêmement violentes dues à des courants faradiques énergiques, un peu avant et un peu après la mort j'ai trouvé qu'aucun raccourcissement n'avait lieu et qu'un allongement, par moments très considérable, se montrait. Mais il y avait, alternativement dans ces cas, deux périodes très irrégulières quant à leur durée, l'une d'allongement, l'autre de repos plus ou moins complet, la première de ces deux périodes durant toujours beaucoup plus que l'autre. Dans deux cas, chez des animaux morts avec tous les phénomènes de l'arrêt des échanges entre les tissus et le sang, il n'y a eu, comme dans les cas d'épuisement par le galvanisme, que des allongements interrompus irrégulièrement par de courtes périodes de repos.

« 6° Si l'on compare les muscles des deux côtés du corps d'un même animal, on trouve presque toujours une analogie considérable entre les deux côtés, excepté le premier jour, où des différences notables existent souvent, et à un tel point que l'un des muscles peut se contracter pendant que l'autre s'allonge. Mais, lorsque des mouvements semblables ont lieu, on constate que l'étendue des mouvements est bien plus considérable pour l'un des muscles que pour l'autre.

« 7° Si la comparaison porte sur des muscles de deux animaux, on trouve très souvent des différences considérables et quelquefois radicales. En général, cependant, il y a de grandes ressemblances et quelquefois presque une identité absolue.

« 8° Ces mouvements dépendent-ils des conditions physiques extérieures aux muscles ? Je crois que, à part des influences non constantes, mais fréquentes, dépendant de changements de température en plus ou en moins, toutes les variations d'états de l'atmosphère, quant à l'humidité, aux proportions d'ozone, à la pression barométrique, au magnétisme, à l'électricité, sont sans action aucune ou, du moins, ne sont pas les causes essentielles ni de la contraction, ni du relâchement des muscles après la mort. On a une preuve décisive que ces variations ne sont pas les sources productrices de ces mouvements, dans le fait que des muscles d'animaux différents, soumis à ces changements, donnent lieu à des graphiques qui peuvent varier infiniment. Ainsi un muscle peut se contracter pendant qu'un autre se relâche ou reste en repos. Ainsi encore deux muscles ayant commencé en même temps à se contracter ou à se relâcher peuvent changer d'allure, l'un d'eux continuant le même mouvement, l'autre entrant en repos ou faisant l'inverse de ce qu'il avait fait.

« 9° Quelles sont donc les causes de ces singuliers mouvements ? J'essayerai de montrer dans une autre communication qu'ils dépendent de la persistance de l'irritabilité musculaire, c'est-à-dire de la propriété fondamentale du tissu musculaire vivant, pendant la rigidité cadavérique et jusqu'à ce que celle-ci ait complètement disparu sous l'influence de la putréfaction. Lorsque la raideur cadavérique a existé longtemps, l'irritabilité musculaire n'est plus ce qu'elle était pendant la vie, le galvanisme, en particulier, n'étant plus capable de produire de contraction, mais l'irritabilité modifiée persiste, bien

qu'on n'en puisse constater l'existence que sous l'influence de certaines excitations mécaniques ou de changements de température. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre. — Présidence de M. LANNELONGUE.

M. GUÉNIOT rappelle, au sujet de la communication faite par M. Desprès à la dernière séance, qu'il a déjà publié, en 1885, un travail sur le prolapsus de la paroi abdominale chez la femme. Il ne s'agit pas là, à proprement parler, de paralysie musculaire, mais bien d'un amincissement tel de toutes les couches qui constituent la paroi que les viscères mal contenus tombent comme en besace ; il a d'ailleurs comparé cette difformité à un volumineux sac herniaire, dont elle présente absolument l'aspect. Les femmes qui se trouvent dans ces conditions éprouvent assez souvent des tiraillements douloureux du côté du foie et de l'estomac et ont une tendance marquée aux lipothymies. Une double bretelle, sur laquelle il donne des indications précises dans le travail cité plus haut, permet de remédier à ces derniers inconvénients.

M. DESPRÈS demande à M. Guéniot s'il a examiné la contractilité des muscles abdominaux chez ses malades ; examen facile à faire d'ailleurs, puisque la toux permet de constater cette contractilité. D'autre part, il ne croit pas que la déformation, dont il a rapporté l'observation, puisse survenir chez des femmes ayant eu moins de trois grossesses.

M. GUÉNIOT n'a pas recherché la puissance contractile des muscles; mais ce dont il est certain, c'est que l'épaisseur de ces muscles était très faible; ils avaient pour ainsi dire disparu.

M. DESPRÈS maintient que le cas par lui présenté est absolument différent de ceux désignés sous le nom de ventre pendant. En effet, plusieurs caractères s'y opposent : sa malade présentait au niveau de l'ombilic 1m,50 de circonférence, elle ne pouvait rendre de gaz, et au spéculum il était impossible, dans les conditions habituelles, de trouver l'utérus entraîné en avant par la masse intestinale, la vessie et la paroi abdominale.

M. KIRMISSON, contrairement aux affirmations émises par M. Desprès, dit que l'affection est décrite tout au long dans l'ouvrage de Duchenne (de Boulogne) qui mentionne même dans une figure l'ensellure lombaire provoquée par la paralysie des muscles de l'abdomen.

M. DESPRÈS soutient qu'il s'agit là de cas différents du sien, car Duchenne (de Boulogne) parle uniquement du défaut d'antagonisme des muscles spinaux et des muscles droits de l'abdomen.

— M. HUMBERT, à l'occasion de la discussion qui a eu lieu à la dernière séance sur l'emphysème traumatique, rappelle qu'il est intervenu, en 1881, dans un cas analogue à ceux déjà cités, chez un individu âgé de 45 ans. L'emphysème consécutif à une blessure faite par un fusil chargé à plomb était considérable. Toute la partie supérieure et postérieure de la cuisse était couverte de phlyctènes et gangrenée profondément, l'état général peu favorable. Au lieu de pratiquer la désarticulation, il fit au thermo-cautère de larges et profondes incisions, qui créèrent de vastes eschares. Pansement antiseptique, traitement général. Le malade guérit rapidement, malgré d'énormes pertes de substance au fond desquelles on voyait le nerf sciatique. La guérison dans ces cas typiques de septicémie gangréneuse est rare, du moins à l'aide de simples scarifications.

M. Humbert est d'avis qu'il est toujours préférable d'avoir recours à cette méthode, aussi bien lorsque l'amputation est possible, que lorsque elle ne l'est pas; car dans le premier cas, en surveillant attentivement les suites de l'intervention, on est toujours à même de la pratiquer si elle devient nécessaire, et, dans le second, on peut quelquefois être assez heureux pour conserver la vie du malade.

M. Delens pratiqua la désarticulation de l'épaule gauche chez un individu se trouvant dans les mêmes conditions. Le malade guérit parfaitement.

M. Polaillon est d'avis que l'on doit toujours intervenir, malgré le sphacèle des tissus et l'emphysème, quelque considérable qu'il soit. Il faut seulement s'entourer d'une antisepsie aussi parfaite que possible.

— M. Terrillon présente à la Société l'observation d'une laparotomie pratiquée le 26 juillet dernier par M. Routier pour un double abcès de l'ovaire et de ses annexes. Cette observation offre un intérêt particulier eu égard : 1° au siège spécial de la suppuration qui, au premier abord, devait faire penser à un abcès des ligaments larges; 2° au mode de début des symptômes douloureux qui éclatèrent immédiatement après l'accouchement; 3° enfin, à l'écoulement purulent qui s'échappait par le museau de tanche lorsque avec la main on comprimait un peu fortement la paroi abdominale. La laparotomie pouvait seule permettre une intervention efficace : la guérison a été rapide et durable.

M. Pozzi rappelle que, dans ces derniers temps, on a cherché à prouver la nature blennorrhagique de ces abcès. A-t-on trouvé des gonococcus dans le pus recueilli?

M. Guéniot ne voit pas sur quels signes certains on a pu établir le diagnostic d'abcès de l'ovaire : celui d'abcès du ligament large était le plus probable.

M. Bouilly a souvent recherché le microbe de la blennorrhagie dans le pus de ces abcès; il ne l'a pas encore trouvé. Il est convaincu que, 9 fois sur 10, cette affection survient chez des femmes ayant eu des suites de couches pénibles.

M. Terrillon n'a pas examiné le pus au microscope, car l'origine puerpérale de ces abcès était évidente. A l'objection faite par M. Guéniot, il répond : 1° que, pour lui, l'abcès du ligament large n'existe pas; 2° que la bilatéralité de l'affection permet à coup sûr de porter un diagnostic précis.

M. Bouilly est d'avis que le toucher vaginal ne peut à lui seul permettre de diagnostiquer les accidents des annexes. Ce n'est que par le toucher combiné avec le palper qu'on y arrive. L'empâtement des culs-de-sac n'existe que lorsqu'il y a pelvi-péritonite concomitante; cas extrêmement rare.

M. Terrillon facilite cette manœuvre par l'emploi du chloroforme, qui fait disparaître la tension de la paroi abdominale.

M. Horteloup rapporte un cas analogue à celui rapporté par M. Terrillon, et dans lequel l'examen du pus démontra la présence du bacille de Koch.

— M. Magitot lit un rapport sur une observation adressée à la Société par le docteur Bauzon (de Chalons-sur-Saône) et relative à un cas de catarrhe du sinus maxillaire consécutif à l'ouverture dans cette cavité d'un kyste du maxillaire de la variété dite « périostique ». Le rapporteur entre dans de longs développements touchant la pathogénie de ces kystes qui a donné lieu à de nombreuses discussions. Son opinion personnelle est que les kystes prennent naissance en soulevant le tissu ligamenteux au sommet de la racine d'une dent à l'extrémité même du canal radiculaire, où le périoste, détaché par la collection du liquide, forme la paroi kystique. Il présente en outre, à la Société, une série de pièces qui ne laissent aucun doute sur le processus de cette maladie.

Le rapporteur proteste ainsi contre l'opinion de MM. Verneuil, Reclus, Malassez qui attribuent le développement d'un kyste périostique à ces masses épithéliales contenues à l'état normal dans l'épaisseur du ligament alvéolaire. Il établit ensuite comment la communication peut s'effectuer entre un kyste périostique et le sinus et amener finalement un catarrhe de ce dernier. C'est un cas de ce genre que le docteur Bauzon traita par l'extraction des débris dentaires, la trépanation du sinus et les lavages antiseptiques.

M. Magitot discute les divers procédés pour trépaner le sinus; il donne la préférence à la voie alvéolaire. Quant à la durée du drainage, elle est indéterminée; mais le tube doit être maintenu en place fort longtemps sous peine de voir revenir les accidents.

M. Desprès croit que le grand intérêt que présente l'étude de ces suppurations du sinus maxillaire réside surtout dans le traitement. C'est ainsi qu'il est convaincu de l'absolue nécessité de laisser persister une fistule après l'opération sous peine de voir apparaître un certain nombre d'accidents dont le premier est presque toujours l'ozène.

M. Magitot conseille et applique toujours un drainage prolongé et même indéfini lorsque l'ouverture est ancienne. Quand elle est récente, on peut encore espérer son oblitération spontanée.

M. Larger présente à la Société un lipome congénital de la région inguinale extirpé chez un enfant de 9 mois. Le rapide développement du néoplasme et sa situation particulière présentent un certain intérêt.

M. Lannelongue a déjà observé plusieurs lipomes congénitaux dans diverses régions et surtout dans la région crurale. Il ne croit pas ces faits très rares.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Solution contre la gingivite des femmes enceintes. — Pinard.

Hydrate de chloral..................................	5 grammes.
Alcoolat de cochléaria..............................	5 —

Faites dissoudre. — On enlève le tartre des dents, puis on applique cette solution tous les jours ou tous les deux jours, sur le bord libre des gencives enflammées, à l'aide d'un instrument dont l'extrémité enveloppée d'un bourrelet de ouate sert de petite éponge. La cautérisation qui se produit est peu profonde, car l'escharre blanche et très superficielle qui en résulte disparaît généralement 24 ou 36 heures après l'application du remède. La durée moyenne du traitement n'a pas dépassé 12 jours. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le professeur Babes, l'éminent bactériologiste de Buda-Pest vient d'être appelé à la chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Bukarest. Le gouvernement Roumain, ajoute la *Wiener med. Wochenschrift* du 4 octobre a l'intention de faire construire un nouvel Institut d'Histologie et de bactériologie. Un demi-million sera affecté à l'édification des bâtiments, un autre demi-million à l'installation et à l'aménagement des salles; un budget annuel de 25,000 francs lui sera alloué. « Heureuse Roumanie, termine la feuille viennoise, qui a l'heur de pouvoir disposer de tant d'argent en faveur de la science ».

— La chaire de médecine légale de Charkow laissée vacante par suite de la nomination du professeur Aurep à Saint-Péterbourg est confiée au docteur Patenko, privat-docent à l'Académie de médecine militaire.

— Le professeur Koch, directeur de l'Institut d'hygiène de Berlin, vient d'être promu à la première classe de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie.

— Le Congrès des médecins et naturalistes allemands, dont nous avons annoncé l'ouverture et dont nous donnerons prochainement un succinct compte rendu, s'est dignement terminé.

Au banquet qui a couronné l'œuvre scientifique, il n'a pas été vidé moins de 2,425 bouteilles de vin.

Dommages intérêts pour calomnies envers la science professionnelle d'un médecin. — Le docteur W. J. Cruilkshank a cité en justice dernier le sieur W. Cordon pour le motif suivant : le docteur donnait ses soins aux enfants d'une de ses clientes quand le défendeur, après les avoir vus, s'écria qu'il fallait aussitôt aller chercher un autre médecin,

que le docteur Cruilkshank n'entendait rien à son affaire. Le plaignant demandait une indemnité de 50,000 dollars, le tribunal en a accordé 1,600.

Nécrologi . — Vient de mourir, à Wiesbaden, le professeur Von Langenbeck(de Vienne). Il était âgé de 77 ans. — Ch. S.

COURRIER

La lettre que nous transcrivons ici nous est parvenue trop tard pour être insérée dans notre numéro du 15; nous l'insérons aujourd'hui, quoique tardivement, les avis qu'elle contient pouvant encore intéresser nos lecteurs.

Paris, le 14 octobre 1887.

Monsieur le Directeur,

Je vous serai très obligé de vouloir bien faire insérer dans votre prochain numéro l'avis suivant, relatif au concours de l'internat en médecine et qui intéresse les élèves des hôpitaux :

« La séance d'ouverture du concours de l'internat en médecine est remise à lundi « prochain, 17 octobre, à midi.

« Ne seront admis dans l'amphithéâtre que les candidats régulièrement inscrits au « concours et munis de leurs cartes d'externes.

« Les portes ouvriront à onze heures. »

Agréez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le directeur de l'Administration, en congé et par délégation,
Le chef de la division des hôpitaux et hospices,
L. Mourlan.

Erratum. — Dans la formule du 13 octobre 1887, « Prises toniques », p. 527, au lieu de :

	Carbonate de soude......................	ââ 10 grammes.
	Quinquina pulvérisé......................	
Lisez :	Carbonate de fer........................	ââ 10 grammes.
	Quinquina pulvérisé......................	

N. G.

— Le docteur H. Picard commencera le vendredi 21 octobre à cinq heures, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur l'analyse des urines, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— Le journal *Le Travail* poursuit sa publication avec un succès qui s'affirme chaque jour davantage. Il vient de publier la quatrième série de son almanach, charmant petit volume très élégamment illustré. Nos lecteurs y trouveront beaucoup de renseignements aussi utiles qu'intéressants, sur les sujets les plus divers, et toute une série de biographies sur les personnalités les plus en vue. Nous citerons notamment celles de MM. Spuller, Barbe, Dautresme, de Hérédia, ministres; de MM. Farcy, député; G. Berry, Viguier, conseillers municipaux de Paris, du général Gusman Blanco, président de la République de Vénézuéla; comte A. Gœlzer, F. Barbieux-Semal, l'auteur distingué des différents articles sur les douanes publiés dans *Le Travail*.

Cet almanach est agrémenté de nombreux croquis par Draner des plus amusants, d'anecdotes et de bons mots qui divertiront ses lecteurs pendant les longues soirées de l'hiver.

L'*Almanach du Travail* est en vente au prix excessivement modique de cinquante centimes aux bureaux du journal *Le Travail*, 4, rue de Provence, à Paris.

Pour recevoir franco par la poste l'*Almanach du Travail*, envoyer en timbres-poste soixante-quinze centimes.

Le Gérant : **G. RICHELOT.**

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Les nouveaux traitements de la coqueluche (1).

2° *Médications agissant sur la muqueuse nasale.* — Pour les auteurs partisans de la théorie nasale de la coqueluche, la maladie est caractérisée au moins dans sa première période par l'irritation des muqueuses de l'arrière cavité des fosses nasales et de la portion nasale du pharynx. Cette irritation due à un microbe pathogène détermine par action réflexe les accès de toux caractéristiques.

L'un des premiers auteurs qui s'attaqua à la muqueuse nasale, Michael, expérimenta un grand nombre de poudres. Il essaya le chlorhydrate de quinine, le mélange au tiers d'acide benzoïque et de quinine, le mélange au quart de bromure de potassium et de quinine, les poudres de tannin, de benjoin, d'acide salicylique mélangé à l'iodoforme, de cocaïne, de bicarbonate de soude, de marbre pulvérisé.

On réussit surtout en employant le chlorhydrate de quinine, la poudre de benjoin, le tannin et la poudre de marbre. Les succès dus à cette dernière substance prouvent qu'une partie de l'action des poudres est purement mécanique. Quoi qu'il en soit, il paraît établi que la poudre de benjoin est celle qui donne les meilleurs résultats.

Sur 55 cas traités par le mélange de quinine et de benjoin, les accès diminuèrent beaucoup dès les premiers jours chez 43 malades, 8 furent guéris en trois jours, 6 en une semaine, 6 en un mois. Il y eut 6 récidives.

Le traitement est surtout efficace quand on le commence au début de la maladie; à la fin, il accélère beaucoup la terminaison. Michael croit même que sa méthode peut être abortive.

La première insufflation de poudre de benjoin détermine souvent un accès de toux; on peut éviter cet inconvénient en faisant la petite opération au moment de l'expiration, et, du reste, les malades s'habituent très vite. Il suffit d'une seule pulvérisation par jour, et on peut se servir, comme instrument, d'un simple tube de verre; il vaut mieux cependant employer un pulvérisateur.

Les saisons ont une grande influence sur les effets du traitement, et quand la température reste uniforme et chaude, la guérison est plus rapide.

Au Congrès de Wiesbaden de 1887, Michael a donné une statistique étendue basée sur 250 cas. Dans 25 cas sur 100, le traitement ne donne pas de résultats; dans les autres 75, les effets sont plus ou moins prononcés et quelquefois surprenants. Il a obtenu la guérison de 7 p. 100 des cas en deux ou trois jours, chez 23 p. 100 en moins de vingt jours. La mortalité de la maladie fut de 1 p. 100, tandis qu'elle est en moyenne, à Hambourg, de 11 à 18 p. 100. Si le nombre des accès est invariable pendant les huit premiers jours ou s'il augmente peu, c'est que le traitement est inactif. Quand on observe une diminution du nombre des quintes, on peut annoncer que la coqueluche aura une évolution bénigne; si, au con-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

traire, il y a une grande augmentation, c'est que la maladie aura une courte durée.

Bochem (de Bonn) conseille le mélange de chlorhydrate de quinine et de gomme arabique dans les proportions de 3 pour 1; la majeure partie des malades guérit en trois semaines. Il s'est aussi servi d'une poudre formée de cent parties de chlorhydrate de quinine et de cinq parties de benjoin pulvérisé. Pour les insufflations, il emploie un instrument à poire muni d'un ajutage qui se fixe sur les narines.

Moizard s'est servi de la poudre suivante :

Poudre de benjoin........................	āā 5 grammes.
Salicylate de bismuth....................	
Sulfate de quinine.......................	1 gramme.

Mêlez.

L'instrumentation peut être un simple tube de caoutchouc. On introduit une pincée de poudre dans l'extrémité qui doit être mise dans la narine et on souffle par la bouche dans l'autre extrémité. Il n'y a pas de douleur, et la petite résistance que les enfants opposent au début est très facilement surmontée. Moizard n'a pas pu faire avorter des coqueluches, même en commençant le traitement pendant la période prodromique, mais il a beaucoup diminué les quintes.

Cartaz, en se servant d'un mélange de 2 grammes de sous-nitrate de bismuth pour 4 grammes de benjoin, est arrivé à peu près aux mêmes résultats.

Guerder a expérimenté les insufflations d'une poudre impalpable préparée avec parties égales d'acide borique et de café torréfié; il employait l'insufflateur nasal de Galante. En deux à six jours, il put observer une grande diminution du nombre et de l'intensité des quintes qui tombèrent de quinze à vingt à trois ou quatre en vingt-quatre heures. Une fois ce résultat favorable obtenu, l'affection restait stationnaire, et la guérison définitive ne survenait qu'au bout de quinze à vingt jours. De bonnes conditions hygiéniques aidaient beaucoup au retour à la santé.

Guy s'est servi, dans le service de Legroux, d'un mélange de chlorhydrate de quinine, 2 grammes avec poudre de benjoin, 1,8 gr. Il a aussi observé l'atténuation rapide des quintes.

3° *Modificateurs des muqueuses.* — M. Netter (de Nancy) a communiqué en 1886, à l'Association française pour l'avancement des sciences, un travail sur l'emploi de l'*oxymel scillitique* dans la coqueluche. Il conseille d'agir de la façon suivante : à trois heures et demie, goûter de l'enfant; puis, entre cinq et six heures, une cuillerée à café d'oxymel toutes les dix minutes. Pour les enfants à la mamelle, vingt à quarante gouttes suffisent; quatre à cinq cuillerées à café sont nécessaires à 3 ans, six à sept au-dessus de cet âge et sept à huit chez l'adulte. Il faut continuer tous les jours jusqu'à cessation des quintes. Au bout de deux à trois jours, la toux devient grasse; dès lors la guérison, dit l'auteur, dépend de l'âge de l'enfant, selon qu'il crache ou avale encore ses crachats. Au-dessous de 3 ans, il est utile d'aider à l'expulsion des mucosités par un vomitif. Rémy (de Nancy) a aussi observé plusieurs cas de guérison par l'oxymel.

Guy a expérimenté la médication dans le service de Cadet de Gassicourt; il a eu deux insuccès, mais cela tient probablement à ce qu'il a employé des doses trop faibles.

Le *Grindelia robusta* a été recommandé par M. Bilhaut (Société de thérapeutique, 9 mars 1887). Il a employé la teinture, l'extrait fluide ou le sirop dans 10 cas de coqueluche plus ou moins grave; pour un adulte, il faut calculer les doses de telle sorte que la quantité de médicament actif absorbé atteigne 1 gramme par jour; on peut donc aller jusqu'à 4 grammes d'extrait fluide. Les vomissements s'arrêtent, les quintes diminuent et la durée de la maladie est abrégée. Chez l'enfant, il faut employer la teinture qui est moins âcre et moins active. M. Cadet de Gassicourt a contrôlé les résultats obtenus par M. Bilhaut. Il a donné l'extrait éthéré qui est deux fois plus actif que la teinture aux doses de vingt à cinquante gouttes par jour, et a observé une diminution passagère des quintes. Il n'a pas constaté d'influence sur la durée ni sur l'élément infectieux de la coqueluche. « En somme, dit-il, l'extrait éthéré de Grindelia robusta paraît être un médicament que l'on pourra employer lorsque les autres moyens auront échoué, mais ce n'est pas, à coup sûr, un spécifique que l'on puisse recommander en toute confiance. » M. Moutard-Martin a eu recours au nouveau remède dans 3 cas, il a eu 1 succès douteux et 2 échecs.

H.-J. Vetlesen (de Hamar) conseille l'emploi de l'extrait de *chanvre indien* associé à l'extrait de belladone. Il a obtenu par la réunion des deux médicaments des résultats meilleurs que ceux observés en les administrant isolément.

Labadie-Lagrave a donné le *carbonate de potasse* à la dose de 1 gramme par jour. Il s'en loue beaucoup.

Enfin le *bain d'air comprimé* a été a appliqué au traitement de la coqueluche par Pravaz, Milliet, Tabarié, Bertin, Schliep. Ce dernier recommande beaucoup la méthode, et a eu 85 p. 100 de guérison en quinze séances, tandis que Cadet de Gassicourt a eu 6 échecs sur 6 cas.

Les *émanations des usines à gaz* sont dangereuses et peuvent provoquer des complications pulmonaires.

4° *Anesthésiques.* — La *cocaïne* a été très employée dans la coqueluche. Les badigeonnages de la gorge ont d'abord été pratiqués par Pott et Prior; ils ont observé la diminution de l'intensité et du nombre des accès et l'abréviation de la durée de la maladie. En France, Barbillon est un des premiers qui aient expérimenté le médicament; il se servit, dans le service de Labric, d'une solution à 5 p. 100 en badigeonnages sur le pharynx, les amygdales et la base de la langue. Pratiquée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, cette petite opération a toujours amené la diminution du nombre des quintes et la suppression des vomissements; la durée de la coqueluche semble être restée la même.

Nous avons déjà dit que Moncorvo employait la cocaïne comme adjuvant dans son traitement par la résorcine. Quatre à cinq minutes avant chaque badigeonnage, il pratique un attouchement sur l'isthme du gosier et l'orifice du larynx avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 p. 100. Il obtiendrait ainsi une tolérance complète. Gullmi a associé aussi les deux médicaments en se servant d'un mélange de cocaïne à 20 p. 100 et de résorcine à 2 p. 100.

Cadet de Gassicourt a expérimenté la cocaïne; il recommande, au début du badigeonnage, de s'adresser d'abord au voile du palais, afin d'éviter les efforts de vomissements provoqués par l'introduction profonde du pinceau dans la gorge. Il a eu des succès et des échecs. Pour Vogel, les instillations peuvent bien diminuer la fréquence des accès.

Gouguenheim, pour l'anesthésie de l'arrière-gorge, conseille l'emploi d'une solution au 1/10ᵉ; celle au 20ᵉ ne convient que pour les enfants ou les sujets très nerveux; il faut avoir soin de frictionner pendant quelque temps les parties à insensibiliser. Le savant laryngologiste regarde le médicament comme très utile dans la coqueluche. Moutard-Martin, en pratiquant trois ou quatre attouchements par jour, en dehors des accès, a obtenu la diminution de leur nombre et de leur intensité. Sanné s'est aussi très bien trouvé de la cocaïne.

Graffner (cité th. de Guy) a proposé des inhalations chaudes, deux fois par jour, avec une solution plus ou moins concentrée suivant l'âge. Habituellement, il emploie la formule suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..........		6 à 10 centigr.
Eau distillée....................		45 grammes.
Chlorate de potasse..............	àà	0 gr. 50 centigrr.
Eau distillée d'amandes amères...		

Il emploie aussi la pulvérisation de cette solution et, pendant cette opération, il fait tenir la bouche largement ouverte et tirer la langue. Faisons cependant remarquer que Vogel (de Munich) regarde le spray comme pouvant être dangereux.

Garnet emploie les inhalations d'une solution de chlorhydrate à 6 p. 100 dans du chloroforme; on en verse 10 gouttes dans un verre d'eau chaude que l'on place sous la bouche du malade, dont on ferme les narines.

E. Labbé est arrivé, par la cocaïne, à supprimer au moins un tiers des accès en peu de temps. Il préfère cependant toucher l'entrée du larynx avec une solution iodée et emploie la teinture d'iode d'abord au dixième, puis au cinquième; il la porte au fond de la gorge à l'aide d'un petit tampon d'ouate fixé à une baleine recourbée.

A. Bianchi a administré le médicament à l'intérieur. Il est allé jusqu'à 30, 35, 50 et 80 centigr. par jour, et même 1 gramme dans les cas très graves, sans avoir d'accidents (?).

La cocaïne employée à l'extérieur est-elle toujours exempte d'inconvénients? Le fait n'est rien moins que prouvé, et les observations de Holt prouvent qu'il faut être circonspect. Il s'est servi d'une solution à 5 p. 100 pour badigeonner la gorge de cinq enfants. Un de ces enfants, âgé de 21 mois, ayant succombé, et sa mort étant attribuée au médicament, on remplaça les badigeonnages par des pulvérisations. Un enfant de 3 mois, après la deuxième pulvérisation, eut de la prostration, puis des convulsions et, pendant plusieurs heures, on craignait une terminaison fatale. Les mêmes accidents se présentèrent chez un enfant de 6 mois. Un enfant de 8 mois présenta, au bout de huit jours, des accidents nerveux, des vomissements, de la dilatation pupillaire. Enfin, on eut même à constater des phénomènes très graves chez un sujet de 21 mois.

L'auteur tire de tous ces faits la conclusion que la cocaïne est dangereuse dans la coqueluche.

M. Dujardin-Beaumetz a insisté sur des accidents de paralysie glottique que M. Gouguenheim n'a jamais observés chez ses malades et que nous n'avons pas trouvés signalés. Malgré cela, il nous semble qu'une assez grande prudence est toujours de mise dans l'emploi de la cocaïne chez les jeunes enfants, et qu'en tout cas on devra toujours choisir son application à l'extérieur.

Nous ne ferons que signaler, comme médicaments anesthésiques, l'acide carbonique et le menthol, justement négligés.

5° Il nous reste à parler brièvement de quelques médicaments qui, employés depuis plus ou moins longtemps, ont été dans ces derniers temps l'objet de nouvelles recherches.

Le bromure de potassium a été administré *intus et extra*. En France, Cadet de Gassicourt en a obtenu de bons effets à l'intérieur lorsque la belladone, qui lui est très supérieure, produit rapidement des symptômes d'empoisonnement. Il la prescrit à la dose de 1 à 4 et 5 grammes par vingt-quatre heures. Pour lui, la *belladone* « fait le fond du traitement de la coqueluche ». Trousseau recommandait les doses massives, mais elles sont rapidement suivies d'intolérance, et on n'a pas de meilleurs résultats que lorsque l'on fractionne. On donnera donc soit l'extrait, 1 à 5 centigr. dans les vingt-quatre heures, soit le sulfate neutre d'atropine (1 milligr. au maximum), soit enfin le sirop, que l'on prescrira de la manière suivante :

Sirop de sucre ou de Tolu....................	150	grammes.
Sirop de belladone...........................	50	—

Une cuillerée à café représente 1 gr. 25 de sirop. On peut aller jusqu'à 7 ou 8 grammes, et il faut commencer, chez les plus jeunes enfants, par une cuillerée en deux fois. A partir de 7 ans, on peut débuter par 2 gr. 50 de sirop.

Concurremment avec la belladone, Cadet de Gassicourt recommande les *inhalations d'éther*, que l'on pratique pendant les quintes en versant quelques gouttes de l'anesthésique sur un mouchoir. Malheureusement, beaucoup d'enfants refusent de se soumettre à cette pratique. Le même médecin a essayé le sirop de narcéine (2 centigr. par jour), qui lui a donné d'assez bons résultats au point de vue de la diminution du nombre des quintes.

Le *drosera* a été expérimenté dans la coqueluche par Siegesbeck, Louvet, Lamare (de Saint-Germain), Hérard, Créquy, Dujardin-Beaumetz. D'après Louvet-Lamare, en l'administrant à la deuxième période, les quintes diminuent beaucoup, mais la maladie persiste, atténuée, pendant deux ou trois semaines ; si on ne donne le médicament que lorsque l'enfant a des quintes depuis trois semaines, on peut espérer une guérison très rapide. L'alcoolature peut être prise, sans inconvénient, à des doses assez élevées, puisque Currie a pu aller jusqu'à 5 et 10 grammes par jour.

C. Paul cite un cas dans lequel le médicament eut presque une action abortive, et Catrice, dans sa thèse (Paris, 1878) montre qu'il agit d'autant mieux que l'élément convulsif de la maladie est plus accentué. M. Guy, sur 2 cas, a eu 2 résultats négatifs, et Cadet de Gassicourt a aussi échoué complètement.

Quand une maladie résiste à la thérapeutique, il y a surabondance de médicaments dirigés contre elle. La multiplicité des médications qui sont préconisées en vue de guérir la coqueluche prouvent donc que son spécifique est encore à trouver. De plus, ainsi que l'ont fait bien des fois remarquer les maîtres, il y a coqueluche et coqueluche. Tandis que, dans certains cas, l'affection évolue rapidement et que l'on attribue à une médication quelconque une guérison qui dépend de la seule nature, d'autres fois la maladie est d'une longueur désespérante et s'éternise des mois, malgré le

traitement le plus rationnel. Sans faire en aucune façon du scepticisme thérapeutique, il est donc bon ici, comme ailleurs, de se défier des séries.

Dans la longue liste des médicaments que nous avons énumérés, on peut penser qu'il est difficile de choisir. Il n'en est rien. La plupart de ces nouvelles médications, en effet, manquent d'un contrôle suffisant, car trop de praticiens s'empressent, après quelques succès plus ou moins nets, de prôner un remède dont ils ne tardent souvent pas à reconnaître eux-mêmes le peu de valeur. C'est donc toujours au traitement classique qu'il convient d'avoir recours dans la majorité des cas, et si quelques-unes des nouvelles médications, les insufflations nasales ou les badigeonnages de cocaïne, par exemple, peuvent être regardées comme utiles, ce serait, croyons-nous, commettre une faute grave que de négliger, en les essayant, les pratiques plus anciennes dont l'efficacité a été démontrée par les travaux des maîtres de la clinique française. Paul CHÉRON.

Neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie

TENU A WASHINGTON DU 5 AU 10 SEPTEMBRE 1887.

Section de chirurgie (1).

Contribution à la chirurgie expérimentale de l'intestin, par le docteur N. Senn. — Obstruction intestinale artificielle. — L'entérectomie partielle et la suture longitudinale de la plaie constituent une source de danger lorsqu'elles réduisent de moitié le calibre de l'intestin et lorsqu'elles sont suivies de grangrène occasionnée par la destruction de l'alimentation artérielle.

La flexion peut avoir pour cause l'entérectomie partielle et la suture longitudinale ; son origine se trouve aussi dans divers processus inflammatoires.

Le volvulus est encore une cause d'obstruction.

L'invagination est rarement susceptible de réduction spontanée. L'emploi d'injections de grandes quantités d'eau dans le colon et le rectum doit être pratiqué avec soin, pour éviter les lacérations péritonéales que produit la distension excessive de ces organes.

L'entérectomie, lorsqu'elle entraine la résection d'une longueur de trois à cinq pieds d'intestin, est fatale chez le chien, soit à cause du traumatisme, soit à cause de troubles ultérieurs de la digestion.

L'exclusion physiologique d'une portion de l'intestin ne donne pas lieu à des désordres aussi graves que la résection. Elle est suivie d'atrophie de cette partie de l'intestin ; il ne s'y produit pas d'accumulation fécale.

Entérorraphie circulaire. — Une modification de la suture de Jobert, qui consiste à entourer la partie invaginée d'un anneau de caoutchouc mince et flexible, et le catgut est préférable aux sutures de Czerny et Lembert. On doit en outre greffer l'épiploon sur la ligne de suture ; le danger de perforation est diminué par ce procédé. Il convient d'assurer la continuité de la surface péritonéale là où le mésentère est détaché en suturant le péritoine avant de pratiquer la réunion de l'intestin.

Anastomose intestinale. — Une opération par laquelle on obtiendrait une communication entre l'intestin situé au-dessus de l'obstruction et la partie qui se trouve au-dessous est préférable à l'entérotomie et la résection dans les cas où il est impossible de faire disparaître la cause de l'obstruction, ou lorsque les modifications pathologiques qui lui donnent naissance ne mettent point en danger la vie du patient.

La gastro-entérotomie et la jéjuno-iléostomie doivent se pratiquer par adossement à l'aide de plaques osseuses décalcifiées et perforées. Lorsque l'obstruction siège dans le cæcum, ou le colon, on peut substituer à cette dernière opération l'implantation de l'iléum dans le colon ou dans le rectum. Cela est vrai surtout dans les invaginations

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 septembre et 15 octobre 1887.

iléocœcales irréductibles, lorsqu'il n'existe ni gangrène ni perforation. Dans le cas contraire la partie invaginée doit être réséquée.

Lorsque des deux extrémités de l'intestin ne sont pas du même calibre, la continuité doit être rétablie au moyen de plaques d'adossement perforées. Dans les cas de plaies multiples par armes à feu situées sur le côté ou sur la convexité de l'intestin, les plaques sont préférables à la suture.

Expériences d'adhésion. — La réunion définitive d'une plaie intestinale n'est complète qu'après la formation d'un réseau de vaisseaux nouveaux sur les surfaces séreuses qu'on a rapprochées. Elle peut se produire dans l'espace de six à douze heures.

La scarification du péritoine au siège des surfaces de contact aide à la formation d'adhérences curatives. Les greffes épiploïques, larges de deux pouces et assez longues pour entourer l'intestin, lui adhèrent en douze ou dix-huit heures. Ce temps de l'opération ne devrait jamais être négligé dans la résection circulaire ou dans la suture de grandes plaies intestinales.

Le docteur Senn présente alors des pièces provenant de chiens sur lesquels l'opération avait été pratiquée. Elles montrent admirablement son efficacité.

Le docteur John Homans (de Boston) fait une communication sur *trois cent quatre-vingt-quatre laparotomies pour affections diverses.*

Il a l'habitude de se servir de drains qu'il fait nettoyer toutes les quatre heures, mais il n'est pas d'avis qu'ils drainent la cavité abdominale, bien que Keith (d'Edimbourg) conserve huit litres de liquide qu'il a retirés ainsi. Il a eu un cas de tétanos après la laparotomie, avec mort au troisième jour et un cas de calcul vésical produit par des poils qui sont tombés dans la vessie. Le nombre maximum de ses guérisons successives a été de 38. Il considère que les kystes suppurés de l'ovaire sont très rares, car il n'en a vu qu'un. Il a adopté le procédé extra-péritonéal, ayant recours à l'écraseur. S'il ouvre la vessie pendant l'opération, il y laisse une sonde molle à demeure. Il a eu cinq cas de fibromes, accompagnés d'hémorrhagies; une guérison, un avec amélioration, un sans amélioration.

Il a fait une ablation de l'utérus avec résultat fatal. Il a opéré un abcès de l'ovaire qui a guéri; de même pour une péritonite tuberculeuse. Cinq cas d'anus contre nature, trois guérisons. La castration pour affections nerveuses ne lui a pas donné de bons résultats. Deux cas de myxo-lipome, un mort. Laparotomie pour un abcès pérityphlitique; le malade guérit.

Le secrétaire lit un mémoire du docteur Addinell Hewson (de Philadelphie), dans lequel il recommande la réunion des bords de la plaie abdominale dans la laparotomie sans l'aide de sutures. Il y arrive au moyen d'une gaze spéciale qu'il nomme « gaze de Donna Maria. »

Le docteur I.-M. Matthews (de Louisville) lit un article intitulé : *Quand la colotomie est-elle indiquée?* Dans le cas d'épithélioma du rectum, lorsque la lésion est située à 3 pouces de l'anus, la colotomie ne doit pas se faire; s'il existe un rétrécissement situé trop haut pour qu'on y arrive avec le doigt, s'il est d'origine syphilitique, etc., l'on ne doit pas opérer.

Le professeur Dawson et le docteur Quimby sont de l'avis de l'auteur, mais le docteur Samuel Benton (de Londres) ne voit pas pourquoi la colotomie est contre-indiquée dans le cancer du rectum. Elle soulage la douleur.

Le docteur Manley (de New-York) fait le rapport d'une observation de *plaie par arme à feu du gros intestin. Laparotomie. Guérison.* L'opération fut pratiquée deux fois. Elle est plus dangereuse chez l'homme à cause du type abdominal de la respiration. Pour éviter la production subséquente d'une hernie ventrale, l'incision doit être aussi courte que possible. Le drainage de la cavité n'est pas nécessaire.

Discussion sur la chirurgie abdominale. — Le docteur W. N. Hingston (de Montréal) trouve que l'intervention opératoire est indiquée dans les plaies pour armes à feu lorsque le trajet du projectile est incertain.

Quant à la communication du docteur Homans, il s'étonne qu'il ait eu 10 p. 100 de

hernies ventrales; il croit facilement que le docteur Homans n'a obtenu qu'une amélioration sur cinq opérations pour troubles nerveux.

Le docteur J.-B. Murphy (de Chicago) remarque que l'on est quelquefois obligé de faire l'incision en dehors de la ligne médiane pour atteindre l'intestin.

Le docteur S.-C. Gordon (de Portland) dit qu'il a vu 3 hernies ventrales sur 80 cas. Il a opéré 33 fois pour hystérie, et 25 de ses patientes diront elles-mêmes aujourd'hui qu'elles sont guéries. Ce résultat ne correspond pas à ceux de beaucoup d'autres opérateurs.

Le docteur Cowden a souffert d'une invagination, qui a été réduite sans opération.

Le docteur Donald Maclean (de Détroit) fait une communication sur *Trois cas de maladie chirurgicale du rein; compte rendu des opérations pratiquées pour obtenir leur guérison; leurs complications et leurs résultats.*

Premier cas. — Femme de 21 ans. Tumeur ovarienne avait été diagnostiquée. Kyste du rein. Laparotomie. Guérison.

Deuxième cas. — Femme de 40 ans. Immense kyste du rein. Guérison.

Troisième cas. — Enfant. Mort.

Le docteur W.-H. Hingston (de Montréal) discute la communication faite par le docteur Mc Lean. Il diffère de lui en un seul point : la section abdominale. Il a pratiqué la laparotomie dans trois cas analogues. Deux de ses malades moururent de choc. Un cas dans lequel il fit l'incision lombaire guérit sans complications.

Le docteur Edmond Owen (de Londres) remarque que le volume de la tumeur influe sur le choix de l'incision.

Le docteur Hardy (d'Indianapolis) cite un cas fatal avec incision médiane.

Le docteur Lange (de New-York) préfère l'incision lombaire, quitte à inciser la tumeur elle-même si son volume entrave son ablation.

Le docteur Mc Lean conclut en disant qu'il faut choisir l'incision lombaire toutes les fois qu'elle est possible.

Le docteur Marston lit un mémoire de sir Thomas Longmore (de Netley) sur la *difficulté de fournir au soldat en campagne un pansement temporaire.* Cette mesure fut prise pour la première fois dans l'armée anglaise, pendant la guerre de Crimée (1854). Elle est maintenant adoptée dans presque toutes les armées européennes.

Le docteur Stern lit une traduction abrégée d'une communication du professeur Von Esmarch (de Kiel) sur le même sujet. Il conseille un pansement antiseptique.

Les docteurs Reed Brockway Bontecou (de Troy) et J.-R. Smith, sont partisans du pansement préliminaire antiseptique.

Le docteur Porter, de l'armée des États-Unis, a été blessé lui-même accidentellement pendant une partie de chasse. On lui a fait un pansement à l'iodoforme, qu'il n'a jamais changé complètement, et la plaie a guéri sans suppuration.

Le docteur Neudorfer, de l'armée autrichienne, lit un mémoire intitulé : *De l'état actuel de l'antisepsie et du meilleur mode de l'appliquer en temps de guerre.*

Le docteur B.-A. Watson (de Jersey-City) fait une communication sur le *traitement immédiat des plaies par armes à feu.* Il rappelle quels sont les devoirs du chirurgien militaire sur le champ de bataille. Puis il discute les conditions que doit remplir un poste de secours bien installé, les moyens hémostatiques les plus pratiques, le nettoyage des plaies, leur pansement antiseptique, etc., etc.

Le docteur Cullen fait remarquer combien il est diffficile d'observer les règles de l'antisepsie sur le champ de bataille. Il recommande de transporter les blessés le moins possible. Il considère que le sang que fournit la plaie est le meilleur antiseptique.

Le docteur William Varian (de Titusville) trouve que le traitement antiseptique donne des résultats bien supérieurs.

Les docteurs G.-L. Langridge et Carnochon émettent leur opinion sur la valeur des pansements immédiats.

Le docteur L. Von Farkas (de Buda-Pesth) lit un court mémoire avec les statistiques des excellents résultats obtenus par le pansement antiseptique; il montre un drain spécial et un spéculum pour l'examen des plaies par armes à feu.

Le docteur Eli A. Wood (de Pittsburg) présente un mémoire sur *l'importance de statistiques vitales officielles dans l'armée et dans la marine, par rapport à la distribution de pensions.*

Le docteur Daniel Smith Lamb (de Washington) fait une communication sur *l'importance d'un code international pour le traitemant médical des prisonniers de guerre.*

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend :

Des lettres de candidature à la place vacante : 1° dans la section de pathologie chirurgicale, de MM. de Saint-Germain et Périer; 2° dans la section d'anatomie et de physiologie, de MM. Hénoch, Reynier et Rémy.

M. Ball fait une communication sur la *morphinomamie et la présence de la morphine dans les viscères.* On a jusqu'à présent peu étudié les lésions qui surviennent dans l'organisme par suite de l'abus de la morphine; on a bien signalé l'état graisseux du cœur, la phthisie morphinique, les gangrènes des membres, l'œdème cérébral.

Le cas d'une de ses malades de Sainte-Anne, âgée de 16 ans, lui a fourni le sujet de nouvelles observations. Cette malade absorbait à un moment donné près de 8 centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour; depuis l'âge de 12 ans, elle s'adonnait à cette funeste habitude. Quoi qu'il en soit, la plupart des symptômes qui caractérisaient sa maladie nerveuse : convulsions, anesthésie cutanée, douleurs ovariques, avaient disparu sous l'influence de la morphine. Obligée sans cesse d'augmenter les doses, elle était arrivée à en prendre 2 grammes par jour. A son entrée à Sainte-Anne, on l'isola d'une manière absolue; mais au troisième jour se produisirent brusquement des accidents de collapsus ; refroidissement des extrémités, affaiblissement du pouls, sueurs profuses, diarrhée et vomissements. La température tomba à 36°.5; les battements du cœur étaient faibles. On fait une piqûre de morphine; la crise est conjurée. A partir de ce moment, on eut recours à la suppression progressive et graduée; pour combattre l'insomnie, on administrait du chloral. Au bout de quarante-deux jours, le traitement était terminé. Pendant toute cette période, on nota seulement quelques phénomènes d'hystérie, des besoins impérieux de morphine et quelques tendances au suicide. Pendant douze jours, après cette suppression, la santé fut à peine troublée. La veille de sa mort, elle était très gaie et semblait fort bien portante. Le 23, elle succomba à neuf heures du matin au milieu d'accidents dyspnéiques intenses contre lesquels la morphine fut impuissante.

L'autopsie ne révéla que des lésions insignifiantes; la plus importante fut la surcharge graisseuse considérable du cœur avec altération légère du myocarde. Mais l'examen chimique a révélé des traces non douteuses de morphine dans les centres nerveux, dans la rate, dans les reins et *surtout dans le foie*, fait intéressant après treize jours d'abstinence.

Il résulte de ces faits : 1° que les toniques du cœur, tels que la spartéine, doivent jouer un rôle considérable dans le traitement de la morphinomanie; 2° que la suppression brusque de la morphine peut produire la mort à brève échéance. La présence de la morphine a surtout été mise en évidence par le perchlorure d'or et une solution faible d'acide iodique.

— M. Créquy lit une note sur la *contagion de la variole à distance.*

Il s'agit de nombreux cas de variole ayant apparu chez les ouvriers de l'usine à gaz de La Villette, en raison de la proximité de l'hôpital de varioleux d'Aubervilliers. Ces faits démontrent une fois de plus l'urgence d'une loi coercitive sur la vaccination et la revaccination.

— M. MAGITOT lit une note sur la *glossodynie; rhumatisme musculaire de la langue; névralgie linguale. — Ulcérations imaginaires de la langue* (Verneuil). Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe un état pathologique de la langue qui peut prendre dans le cadre nosologique le terme de *glossodynie.*

2° Cet état est susceptible de revêtir deux formes distinctes :

a) La forme rhumatismale affectant soit la totalité du système musculaire de la langue, soit certains muscles isolément;

b) La forme névralgique uni ou bilatérale.

3° Les sujets atteints appartiennent presque toujours à la classe des arthritiques et des névropathes.

4° La glossodynie est ordinairement très tenace. Elle apparaît soit d'emblée, soit après la disparition d'une autre manifestation rhumatismale ou névralgique. Son pronostic ne présente aucune gravité.

5° Le traitement de la glossodynie relève des moyens ordinaires opposés aux autres manifestations de même ordre, c'est-à-dire, pour les moyens généraux : les alcalins, le bromure de potassium, l'hydrothérapie; pour les moyens locaux : les révulsifs, les injections hypodermiques, les applications de cocaïne, ou bien la faradisation et les pointes de feu au galvano-cautère, suivant l'indication de M. Verneuil.

— M. BAILLY (de Chambly) présente une note sur un nouveau procédé de *réfrigération locale par le chlorure de méthyle.* Ce procédé repose sur l'évaporation de ce corps projeté sur un tampon d'ouate sèche non hydrophile et de bourre de soie. L'appareil ainsi constitué se nomme *stypophore.* Appliqué par ce moyen sur la peau, le chlorure de méthyle produit un refroidissement brusque des parties touchées, suivi d'une congestion de retour assez intense aussitôt que l'on cesse son emploi. Si l'on insiste, au contraire, on peut arriver à produire une véritable vésication. Il est impossible de réaliser ces divers phénomènes avec le siphon. Ce procédé, d'une précision remarquable, trouve son application dans toutes les interventions chirurgicales de courte durée. Dans le domaine médical, son emploi constitue la *stypothérapie.* Il combat efficacement la douleur, la névralgie dentaire, la névralgie faciale, le transfert, la sciatique, la névralgie intercostale, la migraine, le rhumatisme musculaire, la pleurodynie, le lumbago, les torticolis, les rhumatismes divers, la gastralgie, les coliques hépatiques, le tétanos et l'hydro-pneumothorax.

— M. HAYEM lit, au nom de M. le docteur Peyraud (de Libourne), une *Etude comparative de la rage tanacétique et de la vraie rage.* Les expériences faites avec l'essence de tanaisie sur les animaux, oiseaux, cobayes, lapins, ont toujours produit chez eux la rage des deux formes : mordante et paralytique.

Le maximum de l'action tanacétique se traduit soit par une paralysie brusque, soit par la tendance à mordre, et, à un degré plus inférieur, par un appétit vorace analogue à celui qui se produit dans la rage canine. On trouve également dans la rage tanacétique des infarctus sanguins du foie, des hémorrhagies sous-pleurales, des mucosités sanguinolentes de la trachée et des bronches, comme dans la vraie rage. Ainsi que dans cette dernière, on note toujours une excitation du bulbe, de telle sorte que M. Peyraud croit pouvoir appeler les effets rabiques de la tanaisie *rage artificielle, rage tanacétique* ou *simili-rage.* Des inoculations nombreuses de moelle diluée de lapin mort de rage tanacétique, soit sur des oiseaux, soit sur des lapins, n'ont donné aucun résultat.

— M. RICHELOT lit un travail sur la *cure des hernies et hydrocèles congénitales.* (Sera publié *in extenso.*)

— M. HORTELOUP lit une note sur le *cancer du pénis*, et conclut en disant qu'il faut, dans tous les cas, faire l'amputation de la verge et enlever les ganglions, même s'ils ne sont pas atteints. Un de ses malades, opéré il y a quatre ans dans ces conditions, n'a eu aucune récidive.

— M. GRÉHANT fait une communication sur le *chauffage par les poêles sans tuyau.* Dans

une suite d'expériences qu'il a pratiquées dans le laboratoire de physiologie du Muséum, il a constaté que les poêles sans tuyau dégageaient une quantité considérable d'oxyde de carbone et d'acide carbonique qui a pour effet de diminuer d'une façon notable l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons; d'où la nécessité pour ces poêles de communiquer avec une cheminée.

— M. BERGER présente une malade qui avait été admise le 16 août dernier à l'hôpital Tenon deux heures après avoir reçu un coup de couteau dans la région sous-ombilicale. La plaie laissait passer la partie moyenne du gros intestin avec l'épiploon; celui-ci paraissait intact, mais, en arrière, existait une infiltration de sang et des matières fécales. M. Berger agrandit la plaie de la ligne blanche, réséqua la partie d'épiploon qui étaient souillée, ferma la plaie de l'intestin, réduisit le côlon et sutura. Les suites opératoires furent excellentes. Un mois après, elle marchait; aujourd'hui elle est entièrement guérie.

— M. CHATIN lit les conclusions formulées par la commission des remèdes secrets et nouveaux sur les demandes qui lui ont été adressées.

— La séance est levée à cinq heures. — E. V.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 octobre 1887.

SOMMAIRE : *Intoxication saturnine par la braise chimique. — Traumatisme et hystérie. — Abcès tuberculeux sous-cutanés.*

M. TROISIER, après avoir rappelé les faits d'intoxication saturnine par la braise chimique cités en 1885 par MM. Duguet et Gérin-Roze, en apporte un nouveau. Il s'agit d'une ouvrière, employée à empaqueter la braise chimique, qui éprouva successivement de la céphalée, des douleurs gastriques, des vomissements, puis une vraie colique saturnine; une anémie croissante avec tout son cortège de troubles circulatoires et nerveux. Cette malade avait un liseré gingival classique. En quelques semaines de repos et de traitement, la guérison survint.

Il paraît que les accidents de ce genre ne sont pas rares dans les usines où on fabrique la braise chimique. Des étuves, dans lesquelles on met sécher sur des claies la braise imprégnée d'une composition secrète, s'échappent des vapeurs qui remplissent les salles d'empaquetage. En outre, dans celles-ci, le maniement de la braise fait voler une poussière sucrée, qui contient du plomb en quantité notable. Tauret, Aureille y ont trouvé de l'acétate de plomb, Riche de l'azotate; M. Hanriot a conclu, d'après l'analyse des échantillons remis par M. Troisier, que c'est bien de l'azotate de plomb que cette braise contient dans la proportion de 6 p. 100 de charbon.

M. Troisier réclame soit la prohibition de la braise chimique, comme M. Vallin, soit, avec MM. Riche et Gérin-Roze, l'obligation pour les fabricants d'employer un azotate alcalin inoffensif.

M. GÉRIN-ROZE ajoute que les accidents toxiques attribuables à la braise chimique sont plus fréquents qu'on ne croit. On peut leur imputer en partie l'anémie de beaucoup de cuisinières.

— M. Debove a fait connaître, au nom de M. L. CATRIN, deux nouveaux cas d'hystérie provoquée par un traumatisme. Il s'agit de deux jeunes hommes de 23 et 24 ans, dépourvus d'antécédents nerveux personnels ou héréditaires.

L'un fait une chute de 3 mètres sur l'épaule dans un incendie. Peu après commence une parésie du membre supérieur correspondant, qui va en augmentant, gagne le membre inférieur avec accompagnement de troubles de la déglutition. Il existe aussi de l'hémi-anesthésie.

L'autre tombe la tête la première dans un escalier, perd connaissance deux heures et s'éveille sans trouble apparent. Mais, peu après, on lui trouve une hémi-anesthésie droite. Un mois plus tard, attaques convulsives très fréquentes. Hémiplégie droite

incomplète; zone hyperesthésique et hystérogène sur la région pariétale du cuir chevelu.

L'auteur pense que tous les cas d'hystérie consécutive au traumatisme ne sont pas seulement des faits d'*éveil d'une névrose latente*. Chez ces malades, tout antécédent névropathique personnel ou héréditaire faisant défaut, il faut bien admettre que le traumatisme a suffi pour *créer l'hystérie de toutes pièces*. Le second malade avait fait, un an auparavant, une chute de 10 mètres avec traumatisme grave sans que les accidents nerveux se fussent montrés.

Il faut enfin remarquer que les troubles nerveux sont commandés dans leur nature et leur localisation par le point où le traumatisme a porté. Le membre supérieur est d'abord paralysé après la chute sur l'épaule, et le demeure plus que le membre inférieur. Le traumatisme de la tête a engendré l'hystérie convulsive.

— M. Barié, qui avait parlé l'an dernier d'abcès sous-cutanés multiples chez un malade au début d'une tuberculose du poumon, et qui avait jugé ces abcès de nature tuberculeuse, malgré l'absence de bacilles, annonce que des cobayes inoculés par M. Gaucher avec le pus de ces abcès sont morts tuberculeux. — P. L. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Choléra. — A *Rome*, du 15 au 19 septembre, 50 cas et 17 décès; à *Pozzoli*, du 23 au 27 septembre, 15 cas.

A *Messine*, l'épidémie n'a pas encore perdu de sa sévérité; du 16 au 22 septembre, en 6 jours, 732 atteintes nouvelles constatées donnèrent lieu à 266 décès, le mal s'est étendu aux environs jusqu'à Taormina et Annonziata.

A *Palerme*, dans ce même espace de six jours (16 au 22), se sont déclarés 49 cas nouveaux.

A *Bombay*, 15 décès cholériques dans la dernière semaine d'août.

— Une forte épidémie de variole sévit à Smyrne. Ce ne sont pas seulement les quartiers pauvres qui sont atteints, mais aussi les quartiers riches. — Ch. S.

COURRIER

L'ouverture du concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, qui n'a pu avoir lieu vendredi dernier, s'est faite le lundi 17 octobre, à midi. Le sujet de la composition écrite, tirée au sort, a été : « Les veines jugulaires ; érysipèle de la face »

— Le jury du concours des prix de l'internat en médecine, tiré au sort, se compose de MM. les docteurs Fournier, Troisier, Besnier, Richet, Prengrueber, Richelot et Maygrier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Sallaud (de Gémozac) et Wahu, ancien médecin principal de l'armée.

Société de médecine de Paris. — Séance du 22 octobre 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Polaillon : Opération de Battey. — 2. M. Deligny : Eczéma des ongles. — 3. M. Christian : Troubles nerveux au début de la paralysie générale. — 4. M. Larroque : Plaies de l'intestin, sutures simples, guérison.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le Congrès d'hygiène de Vienne.

Budapesth, le 2 octobre 1887.

Le Congrès s'est terminé à Vienne par une suite de banquets et de soupers; dans toutes ces fêtes, la plus franche cordialité n'a cessé de régner. Une fois les derniers toasts portés à l'hygiène, on s'est séparé, les uns se rendant à Trieste, le plus grand nombre à Buda-Pesth. Quelques-uns sont arrivés ici en chemin de fer; la plupart sont venus par bateau spécial sur le Danube. Un orchestre militaire sur l'avant du bateau égayait cette longue traversée de quinze heures, par les plus joyeux refrains nationaux. Partout, pendant le trajet, aux escales, les musiques de la localité (ici, la musique est de toutes les fêtes) escortaient les autorités venant souhaiter la bienvenue à leurs hôtes. A Pressbourg, notamment, la réception était des plus chaudes et attendrissantes; on a failli s'embrasser. A Pesth, l'accueil n'a pas été moins chaleureux; on ne peut s'empêcher de dire quelle amabilité les Français venus ici ont partout rencontrée. La Hongrie est un des meilleurs terrains de culture de la sympathie pour la France.

Les dernières séances du Congrès ont été fort intéressantes. Elles ont été consacrées à la discussion des expériences faites dans les divers pays, relativement aux vaccinations préventives. On s'est surtout occupé du charbon et de la rage. M. Pasteur, empêché par sa santé, n'a pu venir, mais il a été remplacé par M. Chamberland. La cause que ce jeune savant est venu défendre avec ardeur n'a trouvé que de rares adversaires, et il en a eu facilement raison.

La discussion sur le charbon était présidée par Lydtin (de Carlsruhe); Chauveau et Straus (de Paris) étaient vice-présidents. Dans son rapport, M. Chamberland rappelle que le premier exemple d'atténuation d'un virus a été donné par M. Pasteur à propos du choléra des poules. L'atténuation était obtenue par l'action lente et prolongée de l'oxygène de l'air. Cette méthode paraît générale. Elle a pu être appliquée avec plein succès au virus charbonneux, au virus du rouget du porc, au virus rabique. Mais ce n'est pas là le seul mode d'atténuation des virus. Toussaint, Chauveau ont montré qu'on

FEUILLETON

CHRONIQUE

Une visite au dispensaire Furtado-Heine.

Cet établissement, absolument unique en son genre, est situé rue Delbet, près de la rue d'Alésia, à Montrouge. Je me hâte de donner cette indication afin que ceux qui voudront se rendre compte par eux-mêmes de son installation absolument remarquable, et des immenses services qu'il rend, puissent facilement aller le visiter.

Le dispensaire Furtado-Heine compte à peine trois années d'existence, et, s'il est peu connu de la population riche de Paris, toute la population pauvre de Montrouge et des quartiers voisins en a vite appris le chemin, et le nombre des consultants augmente sans cesse.

On y soigne toutes les affections des enfants, depuis l'âge de 1 ou 2 ans jusqu'à 15 ans. Tous les matins, les malades se rendent ou sont portés au dispensaire; ceux qui sont en cours de traitement sont dirigés vers la salle qui leur est affectée; les nouveaux sont examinés *grosso modo* dans une salle située à l'entrée de l'établiseement et dirigés ensuite vers le service de médecine, ou de chirurgie, ou de maladies de la bouche, des oreilles, ou des yeux. Les enfants reconnus atteints de maladies contagieuses ne

pouvait atténuer le virus charbonneux par l'action de la chaleur. Récemment Arloing, Cornevin et Thomas ont employé ce procédé pour l'atténuation du virus du charbon symptomatique.

Roux et Chamberland ont indiqué une nouvelle méthode. En ajoutant à du bouillon cultivant très bien le bacillus anthracis, des doses progressivement croissantes de diverses substances antiseptiques, telles que l'acide phénique, le bichromate de potasse, et semant dans les liquides ainsi préparés du sang charbonneux, on constate que la virulence des cultures va en diminuant, suivant la proportion de substance antiseptique, et suivant le temps qui s'écoule entre l'époque de l'ensemencement et celle où on fait l'essai de la virulence.

Enfin, le passage de certains virus par le corps des animaux fait diminuer leur virulence relativement à une autre espèce d'animaux.

Ainsi donc, les circonstances sont nombreuses dans lesquelles la virulence des virus s'affaiblit. Mais ces virus ainsi affaiblis peuvent revenir à leur état de virulence primitive, et même acquérir un état de virulence plus grand. Ce fait a été signalé pour la première fois par Pasteur dans ses études sur le vibrion de la septicémie expérimentale. On peut donc dire que « les virus, que nous étions habitués à considérer comme de véritables entités, sont, au contraire, extrêmement variables dans leur virulence ». On peut ainsi obtenir une série de liquides de virulence progressivement décroissante. C'est parmi ces virus atténués qu'il faut faire un choix pour obtenir des vaccins pratiques, donnant une maladie bénigne qui préserve ensuite de la maladie mortelle.

Quels sont les résultats fournis par l'application de cette méthode? Pour le charbon symptomatique, d'après M. Arloing, sur 6,373 animaux vaccinés par 43 vétérinaires, il est mort en tout 158 animaux, tant des suites de l'opération que de la maladie qui a pu les atteindre ultérieurement; ce qui fait une proportion de 2,5 p. 100. Or, les rapports des vétérinaires indiquent qu'avant la vaccination, la mortalité était de 15, 20, 50 et souvent même 90 p. 100, probablement parce qu'on a pratiqué la vaccination dans les endroits où la mortalité était la plus forte. De l'ensemble des rapports, il résulte que la moyenne de la mortalité était de 23 p. 100. Les chiffres qui précèdent montrent que la pratique de la vaccination a fait diminuer la mortalité dans la proportion de 10 à 1.

Le fait qu'un petit nombre d'animaux succombent, malgré la vaccination, est général pour toutes. La mesure préventive n'est pas tellement parfaite que les animaux sans exception soient préservés. Malheureusement, les accidents mortels se présentent avec une irrégularité inexplicable.

---

sont pas admis plus loin que la salle d'entrée; on les envoie immédiatement à l'hôpital des Enfants-Malades ou des Enfants-Assistés, suivant leur âge.

A la tête de chacun de ces services sont des praticiens jeunes encore, mais ayant déjà fait leurs preuves : En médecine, M. le docteur Charles Leroux, ancien interne des hôpitaux; en chirurgie, M. le docteur Redard, ancien interne des hôpitaux; pour les maladies des yeux, M. le docteur Meyer; pour les maladies des oreilles, M. le docteur Ménière; pour les maladies de la bouche et des dents, M. le docteur Chauveau, ancien chef de clinique de M. Magitot.

On ne donne pas seulement des consultations à ce dispensaire, on y exécute encore la plupart des traitements prescrits : médicaments, régimes alimentaires; bains, douches, gymnastique, massage; appareils pour les déviations, etc. Les salles nécessaires à ces exercices sont annexées aux salles de consultations, et on peut s'y rendre directement par des corridors, sans être obligé de sortir; quant aux appareils pour les bains, simples, médicamenteux, électriques, pour la gymnastique, pour l'électrisation, etc , ils réalisent absolument le dernier mot du progrès.

Je signalerai en particulier une étuve à désinfection comme on serait heureux d'en trouver une dans tous les hôpitaux.

J'ai sous les yeux le compte rendu de ce qui s'est passé au dispensaire Furtado-Heine en 1886, et comme il n'y a rien de plus éloquent que les chiffres, je vais en citer quelques-uns.

Dans cette année, le corps médical a donné 30,931 consultations; 4,758 nouveaux

Cependant, si l'on compare la mortalité parmi les animaux inoculés préventivement, et parmi les animaux non inoculés, on voit que la mortalité, qui était de 14, est tombée à 2,15 p. 100. L'inoculation préventive contre le charbon symptomatique aura donc de sérieux avantages économiques dans les localités où les dommages causés par l'infection naturelle dépassent notablement les pertes causées par la vaccination.

Pour le charbon, M. Chamberland rappelle l'expérience de Pouilly-le-Fort, près Melun, qui a été, comme on le sait, un triomphe éclatant. De nombreuses expériences furent faites en France avec des résultats analogues. M. Thuillier fit des expériences en Autriche-Hongrie; tous les animaux qui ont supporté la vaccination ont été préservés, mais 5 moutons sur 50 ont succombé par le fait de l'opération. Le vaccin employé par M. Thuillier paraît avoir été trop actif. On sait aujourd'hui que les vaccins, pour conserver toute leur efficacité, doivent être employés à l'état frais, c'est-à-dire dire après deux ou trois jours de préparation. Conservés plus longtemps, on ne peut plus s'en servir avec la même sécurité. C'est pourquoi M. Pasteur a recommandé la création de laboratoires régionaux pouvant expédier à chaque instant des vaccins fraîchement préparés.

Les expériences faites en Allemagne, à Packish, en Italie, à Turin, en Belgique, à Liège, en Autriche-Hongrie, sont toutes favorables au principe de la vaccination. Il n'en est qu'une qui, au premier abord, paraisse défavorable, c'est celle du docteur Klein en Angleterre. M. Chamberland le réfute d'un mot : « Quoi, dit-il, un vaccin est livré pour vacciner des moutons, des bœufs et des chevaux, et M. le docteur Klein l'inocule à des cochons d'Inde et à des souris! » Les conclusions de M. Klein peuvent donc être considérées comme sans valeur.

D'ailleurs l'accord s'est établi sur la valeur scientifique du procédé. Lydtin, Putz (de Halle), Azary (de Pesth), Metzchnikof (de Russie), apportent tous des résultats concordants. Löffler (de Berlin), élève de Koch, conteste l'utilité des vaccinations, car dans certains pays d'Allemagne, où la mortalité est faible, le prix de la vaccination revient plus cher que celui des animaux qni meurent du charbon. Dans ce cas, lui répond M. Chamberland, ne vaccinez vos animaux que si la mortalité atteint un chiffre que vous fixerez, suivant les locatités et suivant la valeur de la perte que vous cause le charbon.

Ces réserves faites, il y a accord unanime sur la valeur scientifique du procédé, et M. Lydtin, se faisant l'interprète de tous les étrangers présents, exprime sa profonde admiration pour la découverte de M. Pasteur.

---

malades sont venus consulter (depuis le commencement de 1887, M. le docteur Leroux nous a dit avoir reçu plus de 1,000 nouveaux en médecine seulement). Les maladies qui fournissent le plus aux diverses consultations du dispensaire sont la scrofule et les tuberculoses locales (adénites, abcès, etc.), puis les maladies générales, telles que l'anémie, la chlorose, le rachitisme, etc., etc.

Les médicaments délivrés au dispensaire ont aidé beaucoup l'effet des consultations. Par le traitement interne, on a rétabli la constitution ébranlée des scrofuleux, des rachitiques, des anémiques, et il faut voir la clientèle du dispensaire pour se faire une idée du degré que peut atteindre la *misère physiologique* dans ce petit monde. L'hydrothérapie, sous forme de douches, de bains sulfureux ou salés, la gymnastique, les repas prescrits par les médecins et donnés au dispensaire, constituent de puissants moyens d'action pour combattre ces maladies de débilitation et de misère. Enfin, par la distribution de vêtements, de chaussures, etc., les maladies par refroidissement sont en partie conjurées.

La distribution des médicaments, des régimes alimentaires, des vêtements se fait sous l'intelligente direction de Mme Laurent et sous la surveillance de Mme Frary-Gross, inspectrice de l'établissement.

Voici quelques détails sur les médicaments administrés le matin au dispensaire en 1886 :

Médicaments, 69,137. — Régimes alimentaires, 30,324. — Bains sulfureux, 5,037. —

La discussion sur la rage présidée par le professeur Albert (de Vienne) avait attiré une foule de membres du Congrès. M. Chamberland montre que cette question à l'étude ne saurait être définitivement résolue; un grand nombre de recherches sont encore à faire. Un certain nombre d'expériences paraissent établies avec certitude par M. Pasteur.

M. Pasteur a d'abord montré que le virus rabique se trouve toujours dans le système nerveux des animaux morts de la rage. Pour communiquer sûrement la rage, il suffit d'inoculer par trépanation, sous la dure-mère, une petite quantité du bulbe d'un animal récemment mort. Par ce procédé, la période d'incubation, considérablement diminuée, n'est plus que de quinze jours. Il constata ensuite que la virulence s'exalte, c'est-à-dire que la période d'incubation diminue, lorsqu'on fait passer le virus plusieurs fois de suite, et par trépanation, de lapin à lapin ou de cobaye à cobaye.

Ces premières découvertes lui permirent d'établir nettement le fait important de la vaccination préventive chez les chiens.

Par l'inoculation de moelles d'abord sans virulence, puis de virulences graduellement croissantes, M. Pasteur constata que tous les chiens sans exception supportaient sans accident les différentes inoculations, et que les animaux pouvaient ensuite être mordus impunément par des animaux enragés. Ces chiens avaient donc été rendus réfractaires à la rage. Cette découverte, contrôlée par un grand nombre d'expérimentateurs de divers pays, est définitivement acquise à la science. Il est impossible de prévoir toutes ses applications à la pathologie générale. Cependant, il est à remarquer qu'elle n'est pas le résultat d'une observation fortuite et empirique comme celle de Jenner, mais qu'elle est la conclusion de recherches méthodiques et de raisonnements savamment déduits.

Quant aux inoculations sur l'homme, M. Pasteur eut en quelque sorte la main forcée. Il ne les aborda qu'après avoir pris l'avis de deux savants pathologistes, MM. Vulpian et Grancher. Le jeune Meister fut inoculé; le succès fut complet. Dès lors, toutes les personnes mordues affluèrent chez M. Pasteur; le nombre des personnes traitées jusqu'à présent dépasse 3,000.

Prise en bloc, la mortalité chez les personnes inoculées est de 1,30 p. 100. La statistique la plus faible publiée avant les inoculations donne 16 p. 100 pour les morsures de chiens enragés; 60 à 80 p. 100 pour les morsures de loups.

« Malgré les statistiques extrêmement favorables, dit M. Chamberland en terminant, quelques médecins français ou étrangers n'ont pas hésité dans ces derniers temps à

Bains salés, 11,047. — Douches, 6,325. — Gymnase, 3,041. — Massage, 3,144. — Electrisation, 1,783.

L'administration des médicaments et des aliments sur place, régulièrement, constitue une grande partie des succès obtenus dans le traitement des petits malades du dispensaire. Nulle part, ni en ville, ni dans les hôpitaux d'enfants, on ne peut réaliser d'aussi excellentes conditions : en ville, il manque la régularité de l'administration des médicaments, par suite de la répugnance presque constante des enfants et de la faiblesse des parents qui se laissent vaincre par la résistance des enfants; — dans les hôpitaux, il manque la vie avec les parents, et surtout il y a en trop l'encombrement, la réunion permanente des malades les uns avec les autres. « La scrofule, si fréquente chez nos enfants, dit M. Charles Leroux, s'explique en partie par l'hérédité, mais surtout par le rôle important que jouent la mauvaise hygiène alimentaire, la misère et le manque complet de soins de propreté. On peut dire que, chez ces enfants, c'est là une maladie de misère, dont triomphent le traitement interne par l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, le régime alimentaire, les bains salés, les bains sulfureux, etc..... La fréquence des maladies des voies digestives paraît due principalement à la mauvaise hygiène alimentaire, à une alimentation peu substantielle (légumes en grande quantité, rarement de la viande), à la mauvaise qualité des aliments, à l'irrégularité très grande dans le nombre et l'heure des repas. Aussi, chez la plupart des enfants, obtient-on d'excellents résultats par la réglementation de l'alimentation et par le régime alimentaire que fournit le dispensaire. »

lancer de violentes attaques contre la méthode de M. Pasteur. Nous pensons que, pour la vaccination rabique, il faut faire comme pour la vaccination charbonneuse, c'est-à-dire laisser au temps le soin de faire éclater la vérité et de détruire toutes les préventions. »

M. Ullmann, assistant du professeur Albert, a communiqué les résultats qu'il a obtenus en appliquent cette méthode. Sur 122 personnes inoculées, trois en tout sont mortes, dont 2 avaient été mordues à la tête et à la figure. M. Pasteur a établi que des blessures ayant ce siège sont tout particulièrement dangereuses.

M. Metzchnikof a fait à Odessa 713 inoculations; il ne veut considérer que 532 de ces cas, les autres étant trop récents pour pouvoir être appréciés. Au début, la mortalité était de 6 p. 100; elle était due à un vaccin trop faible. Mais lorsqu'on inocula du virus du cinquième jour, la mortalité tomba aussitôt à 2,5 p. 100. M. Metzchnikof est un partisan déterminé des inoculations.

Enfin est venu M. le professeur Frisch (de Vienne). On se souvient des conclusions qu'il a publiées, dont quelques-unes étaient défavorables à la méthode de M. Pasteur. Il dit que le plus souvent les blessures de chiens enragés ne sont pas suivies d'accidents, et que sans inoculations les personnes mordues auraient aussi bien échappé à la rage. Il ajoute qu'on n'est jamais sûr, à cause de sa variabilité, de la qualité du liquide qu'on injecte. D'ailleurs, la question ne saurait être considérée comme jugée; les statistiques ne plaident ni pour ni contre, étant donné qu'on ne sait pas le nombre de personnes mordues qui ne deviennent pas malades. Quant aux résultats obtenus sur les chiens, M. Frisch les admet sans réserves.

Ainsi s'est terminé le Congrès, par la reconnaissance de la haute valeur des travaux de M. Pasteur. Ses adversaires ont été obligés d'admettre la vérité des bases de sa doctrine; ils ont dû se retrancher sur un terrain où ils ne sont d'ailleurs pas contredits par M. Pasteur et ses élèves, en disant que la question n'est pas définitivement jugée.

En terminant ces quelques notes sur le Congrès d'hygiène de Vienne, je ne puis m'empêcher de dire combien la plupart des membres du Congrès ont été frappés du rôle important rempli par les quelques Français venus ici. Sur 2,400 membres, à peine y avait-il une soixantaine de Français, et cependant le nombre de nos travaux, leur importance et leur valeur ont étonné les étrangers; quelques-uns même n'ont pas su dissimuler leur dépit.

Il y a un an, j'ai parcouru l'Allemagne et l'Autriche-Hongrie; j'ai été bien surpris de voir combien, dans ces pays, on était peu au courant de ce qui se faisait en France; on

---

M. le docteur Redard ne fait pas moins d'éloges de l'assistance que procurent à ses opérés le régime et les médicaments qu'on leur fournit sur place. Il se loue aussi beaucoup des conditions hygiéniques exceptionnelles du dispensaire, des mesures rigoureuses de désinfection et de propreté, de l'usage de l'étuve à désinfection, enfin et surtout de l'emploi pour les pansements de substances antiseptiques et d'objets de pansement aseptiques. C'est grâce à ces mesures, à ces pansements, qu'il peut pratiquer au dispensaire des résections, des ténotomies, des extractions de séquestres, etc., puis renvoyer le malade chez lui après avoir immobilisé le membre dans une gouttière ou dans un appareil plâtré. Lorsque besoin est, les internes vont panser tous les jours les opérés à domicile. Le traitement médical a heureusement achevé la cure, et a permis d'obtenir des résultats inespérés chez les scrofuleux et les rachitiques. Il en est de même du traitement orthopédique, grâce à de nombreux appareils que la générosité de M[me] Heine permet de distribuer gratuitement à ces petits malheureux.

M. le docteur Meyer est encore plus enthousiasmé des résultats qu'il a obtenus dans le traitement des ophthalmies en particulier, car il ne les a que rarement observés ailleurs, à cause de l'insuffisance du traitement interne. Ici, pas ou presque pas de récidives, tandis qu'en ville il en compte en moyenne une tous les quatre mois chez les enfants riches.

« Les soins de propreté extrême imposés aux enfants, dit-il, et dont l'application constante est surveillée au dispensaire, les moyens hygiéniques que l'établissement met si largement à notre disposition pour modifier et améliorer l'état général des petits ma-

semblait même ne pas vouloir s'en occuper. Après une année, je reviens et j'éprouve une impression toute différente. Je ne sais sous quelle influence (car, vivant au milieu des mesquines rivalités de personnes que suscite la politique, notre horizon se trouve fort rétréci), je trouve l'opinion transformée. Nous semblons avoir forcé les lignes, et l'on est obligé souvent, malgré soi, de rendre justice à nos efforts, à nos progrès. C'est là un sentiment de légitime satisfaction, et tout nous permet d'espérer qu'à l'aide de quelques réformes urgentes, la France retrouvera bientôt, sur le terrain scientifique comme sur d'autres terrains, le premier rang qui lui a momentanément échappé.

Maurice Springer.

Traitement de l'entropion par le thermo-cautère.

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 8 octobre 1887,

Par le docteur. A. Dehenne.

Parmi les applications du thermo-cautère à la thérapeutique oculaire, une des plus fécondes en heureux résultats est certainement le traitement du déplacement du bord ciliaire des paupières, sous quelque forme qu'il se présente, *entropion, ectropion, distichiasis, trichiasis, ptosis, spasme de l'orbiculaire*, etc.

Le triomphe de la méthode est la cure de l'*entropion simple*, sans *distichiasis* ou *trichiasis*, surtout lorsque la déviation ne remonte pas à une date trop éloignée, et que le cartilage tarse n'a subi qu'une déformation partielle. Néanmoins, chez les granuleux, même les plus invétérés, la cautérisation de la face externe des paupières, appliquée *largâ manu* et *profondément, avec ou sans canthoplastie* (élargissement des fentes palpébrales) donne des résultats le plus souvent inespérés.

Le procédé est extrêmement simple et à la portée de tous. La condition *sine qua non* du succès est d'aller *profondément*. La rétraction cicatricielle en sens inverse n'est nullement à craindre, pas plus que l'éversion du point lacrymal. Je ne l'ai pas vue une seule fois, sur plus de 80 cas opérés. L'insuccès vient toujours de la *timidité de l'opérateur*. C'est sur ce point spécial, du reste, que j'ai voulu attirer l'attention, car je n'ai pas la prétention d'avoir inventé le traitement de l'entropion par la cautérisation ignée. Cette thérapeutique est notée dans les livres d'Hippocrate; MM. Cusco, Terrier et Trousseau l'ont rajeunie et en ont étendu les applications.

Comme reliquat de la cautérisation, c'est à peine s'il reste après trois ou quatre

---

lades, continuent d'exercer leur influence salutaire quant à la rapidité des guérisons et à la rareté des récidives. Nous n'hésitons pas à affirmer que, pour la majorité des cas, aucun traitement, dans une clinique spéciale ou dans un hôpital, ne peut rivaliser, sous ce rapport, avec un dispensaire comme le dispensaire Furtado-Heine, où non seulement les indications du traitement local sont remplies sur place, mais où toutes les prescriptions exigées par la santé générale sont exécutées sous une surveillance compétente et attentive.

« Tous ceux qui s'intéressent à ces considérations ne pourront se refuser à étudier les conditions dans lesquelles un dispensaire de ce genre peut être établi et entretenu, pour se rendre compte dans quelle mesure il peut remplacer la clinique et l'hôpital avec avantage pour les malades, comme au point de vue économique. »

Il n'est pas jusqu'aux soins pour les dents qui ne soient à la hauteur de l'hygiène moderne; on distribue à chaque enfant une brosse à dent, qui, pour beaucoup d'entre eux, et même pour leurs parents, a dû être un objet absolument inconnu.

On voit, d'après les conditions dans lesquelles sont soignés ces malades, quels renseignements précieux on pourrait retirer de ce dispensaire pour l'étude des maladies des enfants et les résultats fournis par un traitement rationnel et bien suivi. Il serait aussi assurément très regrettable, comme le faisait remarquer notre cher maître, M. Verneuil, dans la visite que nous avons faite avec lui à cet établissement, que des matériaux aussi importants pour la science fussent perdus. Espérons qu'il n'en sera rien. On recueille, au fur et à mesure que les enfants viennent aux consultations, des

semaines une petite ligne blanchâtre, qu'il faut aller chercher entre les plis de la paupière, encore finit-elle par disparaître complètement. On ne peut évidemment pas comparer ce procédé à l'application des sutures de Gaillard, opération longue, très douloureuse et laissant sur les paupières des traces indélébiles, sous forme de bourrelets extrêmement disgracieux, et que le temps n'efface jamais.

Lorsque l'entropion est produit par un spasme de l'orbiculaire, le redressement de la paupière s'opère aussitôt que les fibres musculaires ont été entamées par le fer rouge. Si, au contraire, il se joint au spasme musculaire une rétraction cicatricielle, ou un allongement du tissu cutané, ou une déformation du cartilage tarse, la cautérisation doit être portée au delà de la couche musculaire, et entamer largement la charpente de la paupière. Dans le doute, il vaut mieux faire porter l'incision jusque dans le tissu fibreux, et ne jamais s'arrêter au tissu cellulaire sous-cutané. Je n'ai pas vu d'inconvénients à la cautérisation profonde. Au contraire, la *cautérisation timide* mène à un échec certain.

Les chirurgiens rénovateurs de la cautérisation ignée n'ont pas assez, à mon avis, insisté sur ce point. Cusco faisait une cautérisation superficielle, et, si Trousseau conseille de la faire profonde, il n'a certainement pas été suivi dans sa manière de faire par les opérateurs qui ont essayé de l'imiter. Ce sont même les échecs de ces derniers que j'ai pu constater et qui m'ont engagé à écrire cette petite note.

Les cautérisations *parallèles* au bord des paupières donnent les meilleurs résultats. Je ne crois pas pouvoir recommander les cautérisations perpendiculaires (Vieusse). L'opération est assez douloureuse; mais, comme elle est rapidement faite, lorsqu'une seule paupière est atteinte, on peut ne pas employer le chloroforme. Mais lorsque la cautérisation doit porter sur plusieurs paupières, surtout si l'on pratique en même temps la canthoplastie, l'anesthésie est indispensable. Chez l'enfant, il faut toujours obtenir la résolution chloroformique aussi complète que possible.

L'éclaircissement extrêmement rapide de la cornée à la suite de la cautérisation est très remarquable. Il est évident que, la cause de l'irritation disparue, la cornée doit subir une prompte modification dans son aspect et dans la constitution de ses éléments. Mais l'éclaircissement n'est pas en rapport seulement avec la restauration de la paupière; il est certainement sous la dépendance du traumatisme, comme je l'ai déjà fait observer, en 1879, dans la thèse de mon élève, le docteur Bouhier (1).

(1) *Du traumatisme curatif du pannus*, A. Dehenne (*Gazette d'ophthalmologie*), et Bouhier thèse inaugurale, 1879).

---

documents qui seront utilisés chaque année pour la statistique. Voici en quoi consistent ces documents.

Chaque enfant, en venant à la consultation pour la première fois, reçoit une fiche sur laquelle se trouvent un numéro d'ordre, le diagnostic de la maladie, le traitement et des observations sur les particularités les plus remarquables du cas. Cette fiche est transcrite à son numéro d'ordre sur un registre *ad hoc* qui reste au dispensaire; le malade garde la fiche, qu'il présente à chaque visite nouvelle et sur laquelle on inscrit les changements observés dans la maladie ou apportés au traitement. De cette façon, on pourra reconstruire, dans quelques années, toute la vie pathologique de l'enfant, qui ne manquera pas de revenir au dispensaire où on l'a si bien soigné, et *gratis;* le médecin, de son côté, trouvera sur la fiche ou sur son registre des indications précieuses pour les maladies futures. Mais aura-t-il le temps de prendre toutes ces notes? Ce n'est pas problable, car, tous les matins, il vient une centaine de consultants, ce qui représente une somme de fatigue cérébrale suffisante pour un seul homme. Un adjoint, chargé de prendre les notes, d'écrire les prescriptions, est donc nécessaire, et nul doute que la générosité de Mme Heine ne parvienne à combler bientôt cette lacune.

Sans doute on a déjà fait une statistique, mais elle ne comprend que les soins donnés, et elle est muette sur les résultats. C'est là une indication qui a pourtant bien sa valeur en thérapeutique, et qu'il sera facile de fournir en donnant un peu plus d'étendue à la partie administrative du dispensaire.

A la vérité, les résultats obtenus déjà parlent d'eux-mêmes, et la meilleure preuve

Le manuel opératoire est des plus simples :

Quelques gouttes de la solution de cocaïne au 1/20e sont instillées, afin que la cornée supporte sans douleur la plaque protectrice de l'œil, qui sert en même temps à tendre la paupière, et à présenter à l'opérateur une surface bien nette et résistante. La solution de cocaïne, en application sur la surface cutanée, n'a pas d'action anesthésique appréciable. Tenant le protecteur de l'œil de la main gauche, le chirurgien trace d'*un seul coup*, avec la pointe fine du thermo-cautère, sa ligne d'incision qu'il place parallèlement à la ligne d'implantation des cils et à 3 ou 4 millimètres de celle-ci; puis, à l'aide de cautérisations successives, et allant toujours d'une extrémité de l'incision à l'autre, il creuse son sillon, entamant successivement la peau, le tissu cellulaire, le muscle orbiculaire et le tissu fibreux du tarse, jusqu'à la conjonctive, qui doit être respectée.

L'opération est très rapide, absolument exsangue, et *généralement définitive*.

Le plus souvent, surtout chez les granuleux, l'opération de l'entropion doit être suivie ou accompagnée de la *canthoplastie*. Ici encore, le thermo-cautère joue le principal rôle. Je crois pouvoir revendiquer la priorité de l'emploi de cet instrument pour l'agrandissement de l'orifice des paupières, comme j'ai revendiqué la priorité du traitement des granulations conjonctivales par le thermo-cautère (1). Avec le pouce et l'index de la main gauche, l'opérateur écarte les paupières l'une de l'autre, afin de bien tendre la peau de l'angle externe, qu'il incise d'un seul coup avec la pointe fine rougie à blanc, et dans une longueur proportionnelle à l'effet qu'il désire obtenir. Le ligament fibreux latéral externe est seul sectionné avec des ciseaux. Cette incision donne lieu à un léger écoulement sanguin. On l'arrête avec le fer rouge, qui a encore l'avantage d'empêcher la réunion immédiate des deux surfaces cruentées. On évite ainsi l'application des points de suture réunissant la muqueuse à la peau. L'effet obtenu est excellent. La fente palpébrale se maintient largement ouverte, et l'on voit disparaître rapidement les accidents résultant du rétrécissement de l'orifice des paupières.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la drumine. — Il y a quelque temps, tous les journaux médicaux et français annonçaient la découverte d'un nouvel agent anesthésique local : la drumine, qu'un

(1) *Union médicale* (28 juin 1884), n° 93 : *Du traitement des granulations conjonctivales par le thermo-cautère*, par le docteur A. Dehenne.

qu'ils sont bons, c'est l'affluence sans cesse croissante des malades aux visites de cet établissement; aussi, après avoir visité de fond en comble le dispensaire de Mme Furtado-Heine, et admiré, comme M. Verneuil et tant d'autres, la propreté merveilleuse de toutes les parties de ce dispensaire : salles de malades, salles de bains, cuisines, corridors, son aération et sa ventilation parfaites, qui permettent à une centaine d'enfants de se succéder pendant trois heures dans une salle d'attente sans y laisser cette odeur nauséabonde qui fait reculer les derniers venus; l'air confiant de tous ces petits malheureux et de leurs parents, que ne terrorise pas l'idée d'hôpital, si redouté encore dans la classe pauvre, — ne puis-je mieux faire, pour résumer l'impression que m'a laissée cette visite, que de reproduire l'avant-propos de la statistique de 1886.

Académie des sciences. — Dans sa séance annuelle du 27 décembre 1886, l'Académie des sciences a décerné à Mme Heine une mention hors ligne et hors concours pour les services rendus par le dispensaire Furtado-Heine, services que l'Académie juge « *dignes de la reconnaissance nationale.* »

Académie de médecine. (Prix de l'hygiène de l'enfance.) — Voulant rendre hommage à la bienfaisance de Mme Heine, l'Académie de médecine lui a décerné une médaille d'or dans sa séance annuelle du 22 décembre 1886.

Je suis très heureux de joindre mon humble, mais sincère suffrage à celui de ces deux corps savants, assurément meilleurs juges que moi en la matière.

L.-H. PETIT.

médecin de Melbourne, M. Reid, aurait retiré à l'état d'alcaloïde de l'Euphorbia drumondii.

Après le succès de la cocaïne, on devait s'attendre à voir émerger à ses côtés et à l'envi une foule de succédanés plus ou moins recommandables.

Or, il paraît avéré aujourd'hui d'une façon indubitable que la drumine est plutôt une mystification qu'un alcaloïde anesthésique.

En expérimentant avec cette drumine directement obtenue du docteur John Reid lui-même, le docteur Ogsdon n'a pu découvrir trace d'action locale perceptible quelconque de la part de ce corps.

D'après un article du *Pharmaceutical Journal and Transactions*, du 18 juin dernier, le scepticisme d'Ogsdon est maintenant corroboré par les résultats également négatifs constatés par W.-P. Jessup avec ladite drumine obtenue aussi directement de l'obligeance du docteur J. Reid. Les effets anesthésiques se sont montrés absolument nuls, que le médicament en solution ait été instillé dans l'œil ou injecté sous la peau.

L'examen chimique n'a révélé la présence d'aucun alcaloïde dans la solution de drumine. Celle-ci, soumise à l'analyse, n'a pas donné d'azote. Le même périodique précité contient également une lettre du docteur Tanner sur ce sujet. L'auteur nous y apprend que ce soit-disant alcaloïde est absolument insoluble dans l'eau, dans l'acide acétique dilué, dans l'alcool, dans l'éther, dans le chloroforme. Il se dissout, en revanche, dans l'acide chlorhydrique très faible, d'où un excès d'ammoniaque le précipite.

La solution chlorhydrique de drumine ne donne pas de précipités avec les réactifs ordinaires des alcaloïdes. En revanche, tout paraît prouver que la drumine n'est autre chose qu'un corps composé où domine à peu près exclusivement l'oxalate de calcium. Les fournisseurs du docteur Reid auraient, dit-on, cessé de lui envoyer cet alcaloïde qui rentre dans le néant avec tant d'autres découvertes éphémères de la thérapeutique.

L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 octobre 1887. — Présidence de M. Fraigniaud, puis de M. Duroziez.

Le procès-verbal est lu et adopté.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Pintaud-Désallées, membre correspondant, rectifiant et discutant certains points de son observation de *rage présumée chez l'homme*, insérée au procès-verbal de la séance précédente, mais sans apporter de nouveaux éléments dans le débat.

La Société décide que cette lettre sera déposée aux archives.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine;

Bulletin de l'Association de prévoyance et de secours mutuels du département de l'Ain (juillet 1887);

Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon (t. XXV, 1885);

Ecole dentaire de Paris, huitième circulaire annuelle;

Du ministère de l'instruction publique : *Revue des travaux scientifiques*, t. VII, nos 3 et 4;

Bibliographie des Sociétés savantes de la France, par Eug. Lefèvre-Pontalis, bibliothécaire du Comité des travaux historiques et scientifiques.

— M. Trousseau offre une brochure intitulée : *Sur l'origine hérédo-syphilitique de la kératite interstitielle* (extrait des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*);

M. Delasiauve : une brochure sur la *monomanie religieuse* (parue en 1875);

M. Polaillon : un mémoire sur le *retour immédiat de l'innervation après la suture des nerfs* (Paris, 1887).

— M. Dubuc présente son observation lue dans une séance précédente : *Trois pierres dures d'acide urique, etc.* Il fait remarquer que son diagnostic a été contesté par M. Reliquet, mais à tort, car, avant de commencer le broiement, il avait constaté l'existence des trois pierres, et il tient à établir qu'il ne présente à la Société que des faits dont il a pu vérifier l'entière exactitude.

M. Reliquet : Du moment que M. Dubuc a établi son diagnostic dans les conditions que j'ai indiquées, il est évident que je n'ai pas à insister sur les observations que j'ai cru devoir présenter.

— M. Dehenne lit une note sur le *traitement de l'entropion par le thermo-cautère.* (Voir plus haut.)

M. Trousseau : Le procédé dont M. Dehenne vient de vanter les effets est de date fort ancienne, mais je crois que le vrai rénovateur de la méthode est le docteur Cusco. Il se servait d'un galvano-cautère qu'il promenait sur la paupière et avec lequel il incisait aussi, superficiellement il est vrai, l'angle externe de la paupière. Il obtenait d'excellents résultats contre le blépharo-spasme.

J'ai présenté sur ce sujet un mémoire à la Société de chirurgie. Je croyais, à cette époque, à la durée constante de l'action opératoire. J'ai observé, depuis, deux récidives chez des malades opérés pour des entropions deux et trois ans auparavant. Ceci n'enlève rien à la valeur de la méthode qui me paraît devoir être conservée à cause de sa simplicité et de ses résultats le plus souvent durables. Elle n'est pas infaillible, voilà tout. Je pense que, dans les cas où il existe une déformation prononcée du tarse, elle est inférieure aux procédés chirurgicaux qui s'adressent au tarse même en en modifiant la courbure.

M. Dehenne m'a accusé de timidité dans l'incision qu'il fait, dit-il, plus profonde, mais n'ai-je pas dit (*Union médicale,* 19 février 1887, p. 302) : « Dans les cas très intenses dus à des déformations anciennes, on donnera à l'incision *le plus de profondeur possible* en entamant la surface du tarse, etc. »? J'ai insisté, au contraire, sur l'utilité d'une incision sérieuse dont je reste chaud partisan.

M. Dehenne : M. Cusco faisait une cautérisation superficielle.

M. Trousseau conseille de la faire profonde dans les cas de déformations anciennes. Pour ma part, je suis d'avis de la faire *toujours* profondément et *larga manu.* L'insuccès vient toujours de la timidité de l'opérateur. Et si M. Trousseau a insisté, comme il le dit très bien, sur l'utilité d'une incision sérieuse, il n'a certainement pas été suivi dans sa manière de faire par les opérateurs qui ont essayé de l'imiter. Ce sont même les échecs de ces derniers, que j'ai pu constater, qui m'ont engagé à parler du traitement de l'entropion par le thermo-cautère.

Quant à la question de priorité de l'emploi du thermo-cautère pour la canthoplastie, je crois pouvoir la revendiquer. M. Cusco pouvait, chez les enfants atteints de blépharospasme, faire une traînée de feu à l'angle externe des paupières. Pour ma part, je n'en ai pas eu connaissance, car pas un seul mot n'a été écrit sur cette question. En tout cas, il n'y aurait pas à comparer une simple cautérisation légère et superficielle de l'angle externe de la paupière à la canthoplastie complète pratiquée comme je viens de l'indiquer. Incision de l'angle externe des paupières avec la pointe fine du thermocautère jusqu'au ligament fibreux latéral externe; section de ce ligament à l'aide d'un coup de ciseaux. Cette section donne lieu à un léger écoulement sanguin; on l'arrête avec le fer rouge, qui a encore l'avantage d'empêcher la réunion immédiate des deux surfaces cruentées. On évite ainsi l'application des pointes de suture réunissant la muqueuse à la peau. L'effet obtenu est excellent.

— M. Duroziez donne lecture d'un travail intitulé : *Sténose des artères coronaires en 1821.* (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

FORMULAIRE

Topique contre les verrues. — E. Vidal.

Acide salicylique............................	1 gramme.
Alcool à 90°.................................	1 —
Ether sulfurique..............................	2 gr. 50 centigr.
Collodion......................................	5 grammes.

Faites dissoudre. — On trempe un pinceau dans ce liquide, et on badigeonne chaque jour les verrues dont on veut provoquer la chute. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La diphthérie et le croup, pendant le mois de septembre, ont donné lieu aux décès suivants dans les grandes villes du monde :

Saint-Louis, 55; San Francisco, 27; New-York, 181; Nouvelle-Orléans, 26; Montréal, 22; Chicago, 45; Brooklyn, 95; Bukarest, 22; Moscou, 55; Hambourg, 20; Breslau, 30; Berlin, 65.

Signalons en outre, pendant ce même mois, 20 décès pour typhus pétéchial à Moscou, 1 à Danzig à Brême et à Oldembourg; 5 décès causés par la fièvre à rechute à Alexandrie; méningite épidémique, 4 décès à Boston, 8 à Chicago, 6 à Cincinnati, 18 à New-York. — Ch. S.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1887-1888 s'ouvriront le lundi 7 novembre 1887, à la Sorbonne; ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Troost commencera son cours de chimie, le lundi 7 novembre, à une heure de l'après-midi, et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure. Ce cours aura lieu rue Michelet n° 3. Le professeur exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermo-chimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Dastre ouvrira son cours de physiologie, le lundi 7 novembre 1887, à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure. Il traitera des fonctions de sécrétion et des échanges matériels et de la calorification. Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18.

M. le professeur Bouty ouvrira son cours de physique, le mardi 8 novembre 1887, à une heure et demie, à la Sorbonne, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'électricité et du magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Duclaux commencera son cours de chimie biologique, le mardi 8 novembre 1887, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de mathématiques, et le continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera de l'étude des propriétés biologiques des microbes.

M. le professeur de Lacaze-Duthiers commencera son cours de zoologie, anatomie et physiologie comparées, le mardi 8 novembre, à trois heures et demie, à la Sorbonne, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera des fonctions de relation.

M. le professeur Debray ouvrira le cours de chimie, le mercredi 9 novembre, à deux heures et demie, rue Michelet n° 3, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, commencera un cours annexe de chimie analytique, le lundi 7 novembre 1887, à trois heures, et le continuera tous les lundis à la même heure. Il traitera de l'analyse quantitative.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 14 novembre, elles auront lieu dans l'ordre suivant. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée :

M. Mouton, conférences de physique, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Pellat, conférences sur la thermochimie et divers autres sujets de physique, indiqués par MM. les professeurs Bouty et Lippmann, les lundis et les jeudis à quatre heures, dans l'amphithéâtre de physique. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis à huit heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Joly, conférences de chimie, les mardis et les samedis, à dix heures et demie, sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray ; salle du rez-de.chaussée, escalier n° 2. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis à cinq heures, dans le laboratoire.

M. Salet, conférences sur différents points de chimie organique, les mardis et les samedis, dans la salle des conférences.

M. Riban, conférences d'analyse qualitative, le vendredi à onze heures, au laboratoire de la rue Michelet ; les travaux ont lieu tous les jours de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. Manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures. Manipulations de chimie, le mercredi, pour les candidats à l'agrégation, de une heure à cinq heures ; le jeudi, de une heure à cinq heures pour les professeurs des collèges.

M. Jeannettaz, conférences sur la minéralogie, les mardis et les samedis à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

M. J. Chatin, professeur adjoint, conférences sur les organes et les fonctions de nutrition, les lundis et les jeudis à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle.

M. Pruvot, conférences sur des sujets d'histoire naturelle indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers, les vendredis à dix heures et les samedis à sept heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle.

M. Vesque, conférences sur les cryptogames, sous la direction de M. le professeur Bonnier, les lundis et les jeudis, à midi, dans la salle des conférences.

M. Vélain, conférences sur les caractères des roches et des fossiles et sur divers points de la géologie indiqués par le professeur, les lundis et les jeudis, à neuf heures, dans la salle des conférences. Les travaux pratiques auront lieu les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du fils d'un de nos très estimés confrères, M. Charles Passant, médecin auxiliaire au 43e de ligne, attaché à l'hôpital militaire de Lille. M. Ch. Passant, âgé de 23 ans, a succombé victime d'un incendie, dans des circonstances dramatiques que plusieurs journaux ont relatées.

Société médico-pratique. — Séance du 24 octobre. — *Ordre du jour* : 1. M. Rougon : Rapport sur la demande d'honorariat de M. Mouton. — 2. M. F. Roux : Note sur l'antipyrine comme analgésique. — 3. M. Finot : Observation relative à l'emploi de l'antipyrine en injections hypodermiques. — 4. M. Le Bec : Epithélioma de la langue ; ligature de la linguale, extirpation de la langue, résection du maxillaire inférieur, trachéotomie ; mort par congestion pulmonaire le sixième jour. — 5. Nomination de la commission du prix.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Six nouvelles hystérectomies vaginales,

Par L.-G. Richelot.

Messieurs,

J'ai à vous présenter quelques nouveaux exemples d'hystérectomies vaginales dirigées contre l'épithéliome utérin et suivies de guérison. Leur histoire peut servir à éclairer les problèmes qui sont encore en discussion; toutes serviront, dans quelque temps, à nous édifier sur la fréquence de la récidive, et peut-être sur les moyens de nous en préserver. Je les rapporterai brièvement, car plusieurs d'entre elles ressemblent, dans tous leurs détails, à celles que j'ai déjà publiées, et je ne veux pas revenir à satiété sur des faits déjà connus. Je noterai seulement quelques points nouveaux.

I. — Mme S... est une femme de 58 ans, de force moyenne et toujours bien portante; elle a eu huit enfants. Malade depuis le mois de septembre 1886, elle n'a pas de douleurs, mais elle perd un peu de sang presque tous les jours, et remarque une odeur fétide depuis quelques semaines. Entrée à l'hôpital Bichat, elle nous montre un épithéliome intra-cavitaire, sans végétations extérieures, paraissant bien limité au col; intégrité des culs-de-sac et utérus mobile.

Opération le 28 avril 1887, avec l'aide de MM. Hallé et Péraire, internes du service. A part les premiers temps, qui sont un peu difficiles parce que l'abaissement de l'utérus est imparfait, tout se passe régulièrement. Après avoir mis la pince longue sur le premier ligament sans pouvoir atteindre son bord supérieur, je sectionne au ras de l'utérus, et avant d'achever la section, dès que l'organe peut descendre un peu plus, j'applique une seconde pince au niveau de sa corne. L'utérus libéré à droite, une seule pince longue suffit pour le second ligament. Trois ou quatre pinces dans le tissu cellulaire achèvent l'hémostase.

J'ai fait ici, comme j'en ai maintenant l'habitude, la résection d'une bande circulaire de la paroi vaginale, pour enlever largement les tissus autour du néoplasme et avoir plus de garanties contre la récidive. Je l'ai faite aussitôt après les premières incisions et le décollement de la vessie, pour n'être pas gêné plus tard en la faisant au milieu des pinces.

La malade s'est levée au bout de trois semaines sans avoir eu le moindre accident, et nous a quittés bien portante, un mois après l'opération. Je l'ai revue le 1er juillet et le mois suivant : elle avait au fond du vagin une cicatrice parfaite, indolente et souple; son état général ne laissait rien à désirer. Je compte la revoir à la fin de l'année.

II. — Mme G..., 29 ans, m'est envoyée par M. le docteur Lefebvre (de Doullens). Depuis deux mois seulement, elle a des pertes blanches non fétides et quelques maux de reins; les deux dernières époques ont été plus abondantes qu'à l'ordinaire et suivies d'une certaine faiblesse; elle n'accuse pas d'autres symptômes, et son état général est excellent. Sa mère, nous dit-elle, serait morte d'un cancer utérin.

Le toucher révèle un col largement ouvert et bourré de fongosités à sa face interne. Les lèvres sont encore saillantes, mais dures, et me paraissent infiltrées dans toute leur épaisseur; je sais par expérience que les cols qui se présentent ainsi sont friables et se déchirent sous les tractions. Les culs-de-sac sont libres et l'utérus mobile; néanmoins, le cancer a déjà envahi tout le segment inférieur, et le cas paraît difficile.

Opération le 23 mai 1887, avec l'aide de MM. les docteurs Petit-Vendol, Le Veziel et Poitou-Duplessy; M. le docteur de Madec donne le chloroforme. Je saisis chacune des deux lèvres avec une pince à traction, mais l'abaissement de l'utérus est presque nul. Je commence l'incision dans la profondeur du vagin, mais à chaque coup de bistouri la malade fait des mouvements, se retire, se plie en arc; l'anesthésie complète, malgré une dépense considérable de chloroforme, n'a pu être obtenue qu'à la fin de l'opération. L'utérus ne voulant pas descendre et la malade remuant sans cesse, on voit d'ici les difficultés de l'entreprise; je parviens cependant à faire la résection vaginale, aussitôt après le décollement de la vessie, résection fort nécessaire du côté du rectum, car la lèvre postérieure est la plus infiltrée. Plusieurs pinces hémostatiques prennent à droite et à gauche des artérioles vaginales.

Pendant l'attaque du premier ligament, la lèvre postérieure se déchire sous mes tractions; peu de temps après, l'antérieure a le même sort. Je reprends un peu plus haut, nouvelle déchirure. Sans m'obstiner davantage, je place une pince longue sur les deux tiers inférieurs du ligament, et je fais la section au ras de l'utérus dans la même hauteur; puis, saisissant le corps même de l'organe par son bord droit, je le fais descendre un peu et j'arrive à pincer au niveau de sa corne la partie supérieure du ligament. La section achevée, l'utérus est extrait; mais son bord gauche est retenu au-dessus de la vulve par la brièveté du ligament large, que je ne puis saisir en masse. Trois pinces sont alors échelonnées de bas en haut, en coupant de proche en proche; la troisième est placée en dehors de l'ovaire, qui se trouve enlevé en même temps que l'utérus.

Après l'extirpation, l'hémostase me demande encore beaucoup de patience; il me faut laisser en tout dix-sept pinces, dont cinq sur les ligaments larges. L'opération a duré une heure et demie.

Le lendemain, la température monte le matin à 38° et le soir à 39°; elle atteint les jours suivants jusqu'à 39°,5, mais aucun symptôme alarmant ne se produit : souplesse du ventre, absence de vomissements (la malade ne prend que de petits morceaux de glace pendant les trois premiers jours), douleurs modérées jusqu'à l'ablation des pinces (au bout de trente-six heures). L'élévation thermique me décide à ôter les tampons et à commencer les injections le quatrième jour; aussitôt la température descend.

La malade se lève au bout de trois semaines et quitte Paris un mois après l'opération, très bien portante et n'ayant plus au fond du vagin qu'une petite plaie linéaire et transversale.

III. — M[me] C..., 35 ans, est malade depuis le mois de juillet 1886. Pendant six mois, elle a eu des pertes sanguines peu abondantes, mais continuelles; à partir de janvier 1887, l'hémorrhagie a fait place à un écoulement fétide. Quelques douleurs tolérables. Elle dit avoir maigri de 11 livres depuis six mois; cependant, elle est grasse, fraîche et bien portante.

Depuis le début de sa maladie, un de nos collègues des hôpitaux, qu'elle

voyait environ tous les mois, appliquait à chaque visite un tampon iodoformé.

Au commencement d'avril, elle renonce d'elle-même à ce traitement, et consulte en mai le docteur Lamy, qui me prie de l'examiner. Je trouve un gros col peu ouvert, bourré de fongosités à sa face interne, et rongé à gauche de telle façon que l'ulcère affleure le cul de-sac vaginal. Sauf ce point, tout est libre et l'utérus paraît très mobile, même à gauche, où on ne sent aucune bride, aucune induration tenant au ligament large.

Opération le 2 juin 1887, avec l'aide de MM. Quénu et Lamy, en présence de M. Defontaine, médecin en chef du Creusot; anesthésie par M. de Madec. Le col est solide, mais l'utérus descend mal. La résection vaginale, faite après le décollement de la vessie, est longue et pénible à cause de l'étroitesse et de la profondeur du champ opératoire. Le cul-de-sac antérieur du péritoine, très haut situé, est ouvert après de longs efforts, destinés à l'atteindre sans risquer de perforer la vessie. Le cul-de-sac de Douglas, que j'ai décollé de l'utérus en faisant la résection vaginale en arrière, fuit le bistouri et n'est ouvert qu'après plusieurs tentatives.

Le traitement des ligaments larges offre à son tour de sérieuses difficultés. Ma première pince, à droite, n'atteint pas le bord supérieur; la section au ras de l'utérus est laborieuse; cependant, mon index arrive à diriger une pince droite jusqu'à la corne utérine, ce qui me permet d'achever la section et d'attirer l'organe au dehors.

A gauche, la brièveté du ligament large m'oblige à insinuer trois pinces l'une après l'autre, et à les échelonner en coupant de proche en proche. La plus inférieure mord le tissu cancéreux qui touche au cul-de-sac vaginal; aussi, après l'ablation de l'utérus et l'achèvement de l'hémostase, me hâté-je d'appliquer une autre pince au delà du tissu cancéreux visible; puis je détache la précédente et je résèque tout ce qu'elle avait saisi.

L'ovaire et la trompe gauches ont été enlevés. Il y a treize pinces à demeure, dont cinq sur les ligaments. Durée de l'opération, une heure et demie.

La première journée et la première nuit sont bonnes. Mais le 3 juin, à six heures du soir, la malade est prise de coliques et de vomissements, avec ballonnement du ventre, comme si une péritonite suraiguë allait se déclarer. La garde a l'idée heureuse d'introduire une canule dans le rectum : aussitôt débâcle, selles diarrhéiques, souplesse du ventre, soulagement complet, température 37°. J'enlève les pinces le même soir.

Dans le cours de la troisième semaine survient tout à coup une élévation thermique, avec douleur et ballonnement; mais, au bout de vingt-quatre heures, le rejet d'une eschare et d'une certaine quantité de pus met fin à ce petit orage. Au commencement de juillet, Mme C... part pour la campagne, avec une petite surface linéaire non cicatrisée; le toucher me fait sentir, à l'angle gauche de la plaie, un noyau dur et saillant. Est-ce un bourgeon charnu, ou quelque chose de plus grave?

Mme C... vient me revoir en septembre. Elle a repris sa gaieté, son appétit et ses forces; depuis quelques jours seulement, elle a de petites douleurs insignifiantes, et me demande de l'examiner. Je constate, à n'en pas douter, un commencement de récidive : à l'angle gauche de la cicatrice, bien formée d'ailleurs, on voit une ulcération transversale, grande comme une pièce de 0 centimes, à bords déchiquetés, et sous la lèvre postérieure de l'ulcère, un petit noyau dur couvert par la muqueuse et de la grosseur d'un haricot.

Je comprends fort bien l'origine de cette récidive : le cancer affleurait à gauche le cul-de-sac vaginal; j'ai pu, non sans peine, placer ma pince au delà des limites visibles de la tumeur, mais ce qui importe, ce sont les traînées lymphatiques, c'est la contamination invisible. J'aurais dû, quitte à placer encore de nouvelles pinces sur des artères vaginales ou des branches de l'utérine, pousser plus loin de ce côté la résection. Je ne puis trop le répéter : il faut savoir affronter de nouvelles difficultés et s'imposer un surcroît de fatigue, pour obéir, en somme, à un précepte vulgaire : tailler largement à distance de la tumeur, comme on le fait pour le cancer du sein ou pour celui des lèvres.

Convaincu que la récidive avait pour point de départ la paroi vaginale, je résolus de la poursuivre avant qu'elle n'eût gagné en profondeur. Je dis à Mme C... qu'il fallait l'endormir et la cautériser énergiquement pour achever la cicatrisation; puis, le 9 octobre, avec l'aide de M. le docteur Lamy et de M. Hallé, interne à l'hôpital Bichat, je disséquai l'ulcère et le noyau dur, en prenant les ménagements nécessaires pour ne pas blesser la vessie et le rectum. Derrière le noyau, je trouvai un nid d'épithéliome ramolli, que je grattai soigneusement avec la curette. Je m'arrêtai quand il ne vint plus une parcelle de tissu malade; il en résulta une cavité à parois bien nettes, pouvant contenir la troisième phalange de l'index. Le 13 octobre, la cavité fut cautérisée au chlorure de zinc déliquescent; le 16, elle avait bon aspect; aujourd'hui, la malade se lève. Ai-je tout enlevé radicalement, ou laissé dans les parois de ce petit foyer quelque trainée épithéthéliale? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Mme C... a une sœur qui souffre d'un épithéliome du col utérin encore bien limité, mais qui refuse absolument toute opération.

IV. — Mme B..., 34 ans, vient à l'hôpital Bichat sur la recommandation de M. le docteur Creyx. Depuis un an, elle a des pertes sanguines insignifiantes; depuis un mois, quelques douleurs dans le ventre et dans les reins, et des pertes blanches sans odeur. L'état général est très bon; elle semble avoir eu autrefois un abcès péri-utérin.

Le col est gros, largement ouvert, végétant à sa face interne; ses lèvres sont érodées, mais il a encore une certaine longueur; partout on le contourne sans difficulté, les culs-de-sac sont souples et l'utérus mobile.

Opération le 1er août 1887, avec l'aide de MM. Péraire et Hallé, internes du service. L'utérus descend médiocrement; le décollement de la vessie est un peu long; quand j'ai ouvert le cul-de-sac antérieur du péritoine, mon doigt sent et déchire quelques brides celluleuses qui paraissent insérées sur le fond de l'utérus; en arrière, après l'incision du cul-de-sac de Douglas, il faut littéralement décoller l'utérus, mollement adhérent aux parties voisines.

Le placement de la première pince est un peu difficile, à cause de l'embarras que j'éprouve à retrouver la déchirure antérieure et à sentir sous mon doigt la surface lisse du péritoine. L'utérus, extrait par son bord droit, attire un large lambeau d'épiploon qui lui adhère, et que je résèque au-dessous d'un fils de soie. Je ne vois ni les ovaires ni les trompes, et je ne m'attarde pas à leur recherche, car l'opération a été longue et assez laborieuse : quarante-cinq minutes pour l'ablation de l'utérus, vingt minutes pour la résection vaginale, l'hémostase et le pansement. Dix pinces à demeure, dont quatre sur les ligaments.

Pour la première fois, j'ai fait la résection vaginale après l'extirpation.

Je croyais à tort que la présence des pinces la rendrait plus difficile; au contraire, la présence de l'utérus est plus gênante; les pinces supplémentaires que la résection nous force d'appliquer, obstruent le champ opératoire et contrarient la suite des manœuvres. Le meilleur moment pour attaquer la paroi vaginale est celui où, sentant l'opération terminée, on donne plus volontiers un dernier effort.

Incident dramatique le soir même de l'opération : une infirmière, s'approchant de la malade pour la sonder, met le feu aux rideaux de son lit. Prise de frayeur, l'opérée se lève et court à travers la salle; on l'entoure, on la remet dans son lit, elle se calme... et ses dix pinces tiennent toujours. Le lendemain matin, elle a 37°, et aucun accident ne se produit; au bout de huit jours, elle voudrait se lever; le 22 août, trois semaines après l'opération, elle quitte l'hôpital malgré nos avis, ayant encore une plaie vive en infundibulum. Je l'ai revue en septembre : la plaie est fermée et tout est souple autour de la cicatrice.

V. — Mme B..., 34 ans, a des pertes sanguines modérées depuis janvier 1887, sans douleur ni écoulement fétide. La continuité de ces pertes, quelques malaises survenus récemment l'engagent à se faire examiner; c'est alors qu'elle m'est envoyée de Pierrefort (Cantal) par MM. les docteurs Riol et Rochette.

Son état général est excellent. Elle aussi nous dit que sa mère est morte d'un cancer de l'utérus. Je trouve un épithéliome limité à la lèvre postérieure du col, mais infiltrant toute cette lèvre et végétant à sa face interne. Le tissu morbide n'est pas loin du cul-de-sac postérieur; cependant, le vagin n'est envahi nulle part, la lèvre antérieure est petite et absolument saine, l'utérus est mobile.

Opération le 31 août 1887, avec l'aide de MM. les docteurs Hallé, L.-H. Petit et de Madec, en présence de nos collègues Vincent (de Lyon) et Reynier, chirurgien des hôpitaux. Sauf que l'abaissement de l'utérus est médiocre (par brièveté simple des ligaments larges), tous les temps s'exécutent sans difficultés. Deux pinces sur le premier ligament, une sur le second; durée, une heure cinq minutes, y compris la résection vaginale; ovaires laissés en place.

Ici encore, j'ai fait la résection vaginale après l'extirpation, et m'en suis bien trouvé. Comme la lèvre postérieure était seule en cause, et que l'incision antérieure, à la base d'une lèvre saine, était fort éloignée du néoplasme, j'ai réséqué seulement en arrière et sur les côtés.

Le soir, temp. 37°. Le 1er septembre, temp. 37°8 et 38°4; ablation des pinces après trente-six heures.

Le 2 septembre, à huit heures du matin, je trouve avec étonnement 40 degrés et 130 pulsations; à neuf heures, 39°8; à dix heures, 38°2; à midi, 40°5 et p. 112. Malgré ces températures élevées, le visage est calme et souriant, il n'y a ni vomissements, ni douleur, ni ballonnement, ni sécheresse de la langue; l'urine est claire et abondante.

Le 3 septembre, la température monte à 41°3, avec le même facies et la même absence de symptômes alarmants.

Le 4, j'enlève les tampons et je donne moi-même une première injection. A partir de ce moment, la fièvre cède rapidement et tout marche à souhait. L'eau des lavages entraîne, plus longtemps qu'à l'ordinaire, un pus abondant et des eschares fétides.

Mme B... a eu, comme on le voit, deux jours de septicémie, sans doute

fort sérieuse, mais où l'hyperthermie (41°3) était le seul phénomène inquiétant. J'ai pu remonter à la cause probable et toute fortuite de ces accidents : les éponges qu'on m'avait présentées m'avaient paru suspectes, et je regrettais de m'en être servi. En examinant plus tard le bocal qui les contenait, on en trouva plusieurs salies par des doigts qui y avaient laissé des empreintes non douteuses.

L'ablation des tampons avant le cinquième jour et les irrigations de sublimé ont enrayé les accidents. J'aurais dû même, en présence de l'hyperthermie, intervenir plus tôt, et je conseille de le faire sans hésiter, car je sais maintenant que le péritoine se ferme aussitôt après l'ablation des pinces, et qu'on peut faire une injection douce dès le troisième jour.

Mme B... est retournée à Pierrefort le vingt-cinquième jour après l'opération; j'en ai eu tout récemment d'excellentes nouvelles.

VI. — Le cas suivant contient, à mon avis, plus d'un enseignement utile. C'est un exemple frappant des services que sait rendre aujourd'hui la chirurgie dans les affections les plus graves, et c'est un argument contre ceux qui restent sceptiques en face de nos efforts.

Mme D... est, comme tant d'autres, la victime des allures insidieuses qu'affecte souvent le cancer utérin. Elle a 37 ans, elle n'est pas malade, elle n'a jamais souffert et ne souffre pas encore. Elle n'accuse autre chose que des pertes blanches depuis quelques mois, et tout récemment un peu de fétidité. Il y a deux mois, sans croire un seul instant qu'elle fût gravement atteinte, elle consulta une sage-femme, qui reconnut la présence d'un « polype fongueux » et la conduisit chez un de nos collègues des hôpitaux. Celui-ci, chirurgien très entreprenant d'ordinaire, trouva le cas désespéré et refusa l'opération.

La malade, qui est fort intelligente, ne fut pas dupe des explications qu'on lui donnait; comprenant qu'elle était perdue, elle vint demander conseil à M. le docteur Danet, qui me l'adressa le 29 août 1887.

Le col forme un anneau rigide qui admet la pulpe du doigt; sa cavité est anfractueuse et saignante; ses lèvres sont dures, infiltrées par le tissu morbide, et si bien rongées qu'elles ne font aucune saillie dans le vagin. Au premier abord, on pourrait se demander si le col n'est pas entièrement détruit, et si l'anneau rigide qui limite la cavité anfractueuse n'est pas un bourrelet d'envahissement vaginal. Mais les dimensions restreintes de cet anneau et sa mobilité relative me donnent la certitude qu'il est bien formé par le col utérin. En un point, cependant, le cancer a dépassé visiblement les limites de l'organe : le cul-de-sac postérieur, effacé comme les autres, est semé de petits grains pareils aux nodules cutanés qu'on trouve autour des cancers du sein.

Inutile d'insister sur la gravité de la situation. Aucun signe ne démontre absolument que les parties voisines de l'utérus — à part le cul-de-sac postérieur — soient envahies. Je ne crains rien du côté du rectum; je ne sens rien du côté des annexes; mais qui m'assure que la vessie n'est pas adhérente? Et comment saisir ce col effacé? Comment agir, dans la profondeur du vagin, sur un utérus qui ne descendra pas et sur un tissu que la plus légère traction va déchirer?

Comme la pauvre femme attendait son arrêt de mort ou sa délivrance, je n'hésitai pas à prendre la responsabilité d'une opération. Où cette décision devait-elle me conduire? Je n'en savais rien encore; mais je n'avais qu'un parti à prendre : commencer l'hystérectomie avec la volonté ferme d'aller

jusqu'au bout, et, si les difficultés devenaient insurmontables, me contenter d'une opération palliative. Une résection sus-vaginale pouvait rendre encore de grands services; mais la malade était si intéressante, elle avait un si grand désir de vivre, que j'étais résolu à tout faire pour mener à bien l'extirpation totale.

Opération le 3 septembre, avec l'aide de MM. les docteurs L.-H. Petit, de Madec et Oustaniol, interne des hôpitaux. Je saisis, non sans peine, la lèvre antérieure malgré son effacement, avec une pince-érigne spéciale inventée par M. Collin; puis, lentement et sans tractions, j'incise le cul-de-sac antérieur du vagin avec un bistouri à long manche. L'incision faite, je procède au décollement de la vessie avec beaucoup de patience et de douceur, afin de retarder le moment où le col doit se déchirer. Mon doigt, s'insinuant peu à peu, soulève la vessie adhérente à l'utérus par un tissu cellulaire dense, mais non par une infiltration cancéreuse. Alors se produit la déchirure prévue; je reprends un peu plus haut, avec une autre pince de M. Collin, dont les mors et la crémaillère sont disposés de manière à tenir solidement les tissus sans les écraser. Puis, je continue le décollement, plus pénible à mesure que je gagne en hauteur; mais je suis bien décidé à y mettre une heure s'il le faut. A diverses reprises, j'introduis une sonde dans la vessie pour voir si elle est entièrement détachée de l'utérus; car, pour dilacérer le péritoine à cette hauteur, avec une pince ou un instrument mousse, je n'aurai de sécurité qu'après avoir dépassé le bas-fond de cet organe.

Entre temps, nouvelle déchirure; mais je l'ai prévue comme la précédente. Sachant bien qu'à ce moment toutes les pinces à traction seraient inutiles pour empêcher le fond de l'organe de fuir devant mes doigts, je me suis muni d'une érigne fort ingénieuse, que j'ai trouvée par hasard dans l'arsenal de M. Collin, et qui s'adapte merveilleusement à ces cas difficiles: c'est une tige mousse au bout de laquelle, par un mécanisme très simple, apparaît un double crochet comme les ongles du chat font saillie par la contraction des muscles fléchisseurs. Cet instrument vaut mieux que tous les endoceps et pinces divergentes, quand on prévoit la friabilité du col et la nécessité d'accrocher l'utérus par sa face interne. Il m'a rendu, dans ce cas particulier, un grand service en me permettant de maintenir le corps de l'utérus et même de l'abaisser légèrement, pour achever le décollement de la vessie et ouvrir le péritoine.

Ces premiers temps achevés, la plus grande difficulté était vaincue, et j'avais acquis la certitude que la paroi vésicale n'était pas envahie; à peu près sûr de terminer heureusement l'opération, je n'avais plus besoin que d'une forte dose de patience.

En arrière, j'incise le cul-de-sac postérieur au milieu des grains épithéliaux, que j'enlèverai tout à l'heure. La lèvre postérieure est saisie avec la pince à larges mors, et l'ouverture du péritoine est relativement facile.

Vient alors l'application des pinces longues. La première est placée sur le ligament large du côté droit, sans atteindre son bord supérieur. La section au ras de l'utérus est longue et pénible, à cause de la profondeur du champ opératoire; j'arrive cependant à placer une pince droite au niveau de la corne utérine et à terminer la section. Mais l'utérus ne vient pas sans résistance; le fond sort à peine et le col reste au-dessus de la vulve, à cause de la brièveté du second ligament large, ce qui m'oblige à saisir de haut en bas le bord supérieur de ce ligament, et à libérer d'un coup de

ciseaux la corne gauche; après quoi j'insinue obliquement une seconde pince, de bas en haut, pour mordre la région de l'utérine. Enfin l'utérus est extrait.

Nous sommes tous fatigués; et cependant, la résection vaginale est encore à faire. Dans tous les cas, il faut du courage et une conviction bien arrêtée, pour se donner cette nouvelle peine; mais ici, nous pouvons moins que jamais nous en dispenser, puisque l'ulcération cancéreuse affleurait les culs-de-sac, puisque j'ai dû faire ma première incision tout près du tissu morbide, puisqu'enfin j'ai laissé des grains épithéliaux sur un point de la paroi vaginale. J'enlève donc une large bande de cette paroi, surtout en arrière et sur les côtés; le sang vient en abondance, et je dois laisser jusqu'à vingt-deux pinces hémostatiques. Les ligaments larges en ont quatre. Les ovaires et les trompes n'ont pas été vus.

L'opération, avec la toilette de la plaie et le pansement iodoformé, a duré deux heures quarante-cinq minutes. La malade a respiré du chloroforme pendant trois heures. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Diarrhée infantile. — La *Therapeutic Gazette*, éditée par le docteur H.-C. Wood, recommande vivement le *phosphate de sodium* comme remède dans certaines formes de diarrhée qui sévissent pendant l'été sur les enfants. Il est principalement indiqué dans la diarrhée d'été de couleur d'argile et dans le cas de garde-robes habituellement verdâtres, liées à l'insuffisance de la puissance digestive. Administré à ces petits malades à la dose de 10 grains anglais par bouteille d'aliment liquide, il produit souvent un notable amendement. Il est utile également chez les enfants qui souffrent de constipation habituelle, compliquée occasionnellement d'attaques de diarrhée. On croit qu'il exerce une action spéciale sur les organes glandulaires du tube intestinal. (*Brit. med. Journ.*, 27 août 1887.) — R.

THÉRAPEUTIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Alimentation thérapeutique

Par le docteur Pol. Vernon.

Les recueils médicaux ont annoncé, il y a quelque temps déjà, le grand progrès réalisé, dans l'alimentation thérapeutique, par M. Rousseau, qui a introduit dans la matière médicale, à la satisfaction de tous les praticiens, la *Tablette de bœuf condensé*, « ce type du nutriment parfait et savoureux, de l'eupeptique agréable », selon les expressions de l'un de nos plus estimés collègues de la presse médicale.

Le nouveau médicament aliment a été accueilli, avec la plus grande faveur, par tous ceux qui envisagent la méthode analeptique comme la médication préventive et curative par excellence de toutes les diathèses d'affaiblissement. Des expériences, très favorablement concluantes, qui se poursuivent actuellement encore, dans le service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, montreront à nos lecteurs tous les bénéfices qu'ils peuvent tirer, dans leur clientèle, de cet aliment scientifique, véritablement fidèle et efficace. En attendant que les nombreuses observations recueillies puissent être publiées *in extenso*, je désire aujourd'hui résumer, d'après les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu, les principales indications remplies, cliniquement par la Tablette Rousseau...

Dans les convalescences des fièvres graves, la durée de l'hospitalisation se trouve de beaucoup diminuée, chez plusieurs malades, par l'emploi de cet aliment rationnel :

Obs. Ire. — C..., 23 ans (salle Saint-Christophe, lit 4), fièvre typhoïde, sort dix jours après le début de sa convalescence.

OBS. II. — Thour..., 20 ans (salle Saint-Christophe, lit 18), est rapidement rétabli, après une fièvre typhoïde des plus sérieuses.

OBS. III. — Lab..., 23 ans (salle Saint-Christophe, lit 25), atteint de fièvre typhoïde encore plus grave, *longtemps considérée comme atteint de tuberculose aiguë*, se rétablit, grâce aux Tablettes Rousseau, après une convalescence plus longue, mais très normale.

Les observations IV, V, VI, VII, avec complications pulmonaires, etc., VIII (un érysipèle ambulant des plus graves), etc..., nous offrent, également, de remarquables succès à l'actif de la médication que nous recommandons aujourd'hui.

Un grand nombre d'autres observations de maladies *chroniques avec intolérance gastrique*, ont été relevées dans le même service (tuberculoses avec nombreuses cavernes, hémoptisies répétées, cachexies profondes, vomissements incoercibles, dégoût profond et insurmontable de tous aliments, gastrites chroniques, ulcères de l'estomac, névropathies graves, cancers utérins, avec généralisation, pleurésies, myocardites etc., etc.) dans lesquelles la Tablette Rousseau fut régulièrement administrée.

Toujours (*dans les observations que nous avons sous les yeux*), nous voyons le médicament-aliment admirablement supporté, l'anorexie diminuer, les vomissements s'arrêter net, la digestion se faire ensuite normalement, et la tolérance gastro-intestinale se rétablir. De plus (remarque précieuse à faire, si l'on songe aux répugnantes préparations carnées d'autrefois), les malades acceptent tous, facilement et avec le plus grand plaisir, la Tablette Rousseau, alors que tout autre genre de nourriture leur cause un dégoût invincible! Parmi les nombreux malades traités ainsi, on n'en a rencontré *qu'un seul* réfractaire à l'ingestion de ce peptogène savoureux, de ce reconstituant effectif...

Je n'affaiblirai pas, par de trop longues réflexions, l'éloquente portée de ces observations cliniques. Je dirai seulement que la matière médicale semble posséder aujourd'hui, enfin, à force de patientes recherches et de longs tâtonnements, l'analeptique idéal, l'hématogène spécifique répondant pleinement au *desideratum* hippocratique « tuto et jucunde ». Sa richesse en albuminoïdes et en phosphates, sa peptonisation assurée, rapide et parfaite, font de la Tablette Rousseau l'aliment scientifique le plus propre à entretenir le mécanisme de la vie et à former les bases d'un régime rationnel; c'est l'analeptique richement assimilable et le plus capable de confirmer la suractivité de l'énergie organique défaillante : point de crainte, pour le praticien, que, bien administré, il ne tienne point ces promesses...

Les applications de cet appétissant aliment sont, on le comprendra, des plus étendues. Il s'adresse d'abord aux phthisiques, aux convalescents, à tous les débilités... Sans avoir les dangers de la viande crue (redoutable non seulement par le tænia, mais encore par les bacilles *pathogènes* qu'elle peut renfermer), la Tablette Rousseau se trouve dans un état de *division moléculaire tel* qu'elle est aisément attaquée par les sucs gastro-intestinaux les plus insuffisants. Elle s'incorpore donc, s'*annexe* pour ainsi dire d'elle-même aux tissus organiques. Son séjour dans l'estomac est des plus courts, parce qu'elle constitue, malgré sa grande richesse, un nutriment léger et eupeptique, sa peptonisation étant remarquablement facile et complète. De plus, son odeur et sa saveur sont des plus agréables, grâce à l'osmazône total qu'elle renferme, et sa conservation est rendue presque indéfinie, grâce aux perfectionnements apportés dans la préparation, si délicate, de cette chair, concentrée par un procédé nouveau.

Pour équilibrer la nutrition défaillante et enrayer la désassimilation organique, qui s'opère, dans les maladies chroniques, avec une si effrayante rapidité; pour fortifier, réconforter le liquide sanguin en état de misère physiologique; pour restituer aux digestions défectueuses la vigueur qui leur manque, et supprimer l'atonie gastro-intestinale, rien ne vaut la Tablette de bœuf condensé. Riche en albuminates assimilables, elle est digérée par les estomacs les plus malades et assimilée par les intestins les plus paresseux; bien plus, elle guérit la gastralgie et les gastro-névroses, et met un terme aux diarrhées chroniques, sans créer jamais de constipation en retour.

Dans les fièvres graves, c'est, à coup sûr, l'aliment le mieux approprié pour lutter contre la consomption pyrétique et fournir au processus thermique le dynamophore capable d'épargner le mieux aux tissus une déperdition anatomique trop accentuée,

Les fébricitants acceptent, d'ailleurs, les Tablettes de bœuf condensé aussi facilement que les convalescents eux-mêmes, sur l'histogenèse desquels nous constations tout à l'heure son énorme puissance d'organisation. Nous les prescrivons également avec succès, aux diabétiques pour corser le régime carné et combler les déficits organiques et la dénutrition, consommés par la glycogenèse morbide.

Dans la chlorose et l'anémie, chez les névropathes épuisés, les scrofuleux et les sujets amaigris, la tablette Rousseau *transforme littéralement la nutrition générale*, ranime l'appétit et l'assimilation, enrichit l'hématose et augmente, en peu de temps, le poids du corps. En facilitant puissamment l'activité organique, et rétablissant dans leur intégrité les échanges moléculaires, d'où résultent la vie normale et la santé, cette énergique médication reconstitue le sujet le plus épuisé et ne tarde pas à arrêter (pour un temps au moins) la marche envahissante des lésions diathésiques.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Debray présente une note de M. A. Ditte, intitulée : *Action de l'acide carbonique sur quelques alcalis*.

« On n'a obtenu jusqu'à présent aucune combinaison de l'acide carbonique avec les bases de la série aromatique ; si l'on fait passer un courant de ce gaz dans de l'*aniline*, par exemple, celle-ci n'en retient pas trace ; vient-on à mélanger des dissolu ions d'un sel d'aniline et d'un carbonate ou d'un bicarbonate alcalins, le résultat es. également négatif ; il y a bien double décomposition, mais l'acide carbonique se dégage avec une vive effervescence, tandis que la base se rassemble en couche huileuse à la surface de la liqueur.

« Les choses ne se passent plus de même quand on opère sous pression : introduisons dans le tube ordinaire de l'appareil de M. Cailletet de l'acide carbonique sec et quelques gouttes d'aniline, puis comprimons doucement, le mélange étant à la température ambiante ; on aperçoit d'abord la couche d'aniline surnager le mercure, puis, à mesure que la pression augmente, cette couche s'accroît, elle aussi, de longueur, et quand la pression est de 50^{atm}, le volume de l'aniline a doublé à peu près ; on voit nager à sa surface une couche limpide d'acide carbonique qui disparaît dès que la tension diminue ; il bout en effet à 15° sous la pression d'environ 40^{atm}.

« Si l'on refroidit vers + 8° à + 10° le liquide comprimé, on y voit apparaître des cristaux, qui se forment d'autant mieux que la température est plus basse ; ce sont de petites aiguilles transparentes et brillantes groupées en houppes blanches hémisphériques ; la cristallisation continue lentement et finit par devenir complète, la masse liquide se solidifie, et il ne reste au sommet du tube qu'une couche transparente d'acide carbonique plus ou moins importante suivant que le gaz était, par rapport à la quantité d'aniline, en excès plus ou moins considérable. Si l'acide et la base ont été introduits en proportions équivalentes, tout se solidifie, les cristaux adhèrent aux parois du tube, et il ne reste aucun résidu liquide ou gazeux. Aucun doute n'est possible sur la composition du produit qui a pris naissance : il est formé par l'union d'équivalents égaux d'aniline et d'acide carbonique. Si l'acide est en excès, il reste sous la forme d'une couche limpide à la surface des cristaux ; ceux-ci ne l'absorbent pas, même à zéro ; il ne semble donc pas que, dans ces conditions, l'aniline puisse se combiner avec plus de 1 équivalent d'acide carbonique.

« Si la base est en excès, la marche de l'opération est un peu différente : à 15° par exemple, quand on augmente la pression, on observe tout d'abord la formation d'une colonne d'aniline surmontée d'une couche d'acide carbonique liquéfié ; le mélange des deux liquides ne se fait pas immédiatement ; l'acide, dont la densité est 0,947 à 0° et moindre à 15°, reste superposé en partie à la base, dont la densité est 1,02 ; mais, en faisant mouvoir le mercure dans le tube par des compressions et des détentes faibles et brusques, l'acide carbonique ne tarde pas à disparaître. Les deux liquides superposés

se combinent du reste lentement, si on ne les agite pas; au bout de quelques heures de contact à 18°, sous la pression de 30^{atm}, on n'a plus qu'un liquide homogène; et si, à ce moment, on abaisse la température au voisinage de + 8°, la cristallisation commence; le composé dissous dans l'excès d'aniline s'en sépare en cristaux petits, mais très nets.

« L'acide carbonique et l'aniline s'unissent donc à équivalents égaux, en donnant un carbonate cristallisé au-dessous de + 8°, liquide, ou tout au moins en surfusion persistante au-dessus de 10°; ce carbonate soluble dans l'aniline, ne dissout par l'acide carbonique : il se dissocie quand la pression s'abaisse. S'il est liquide, des bulles gazeuses partent de tous les points de la masse; s'il est en cristaux, ceux-ci bouillonnent et se détruisent, lentement du reste, même quand on abaisse la pression jusqu'à n'être plus que celle de l'atmosphère. »

M. G.-A. Hirn fait hommage à l'Académie, par l'intermédiaire de M. Faye, d'une brochure qu'il vient de publier, sous le titre : *La thermodynamique et l'étude du travail chez les êtres vivants.*

M. le Président de la Société des médecins d'Indre-et-Loire informe l'Académie que l'inauguration du monument élevé, à Tours, en l'honneur de Bretonneau, Velpeau et Trousseau, aura lieu le dimanche 30 octobre, et exprime le désir que l'Académie veuille bien se faire représenter à cette cérémonie.

M. Chevreul appelle l'attention de l'Académie sur une brochure portant pour titre : *Nouveau système d'inhalations et de pulvérisation* : appareil du docteur Huguet.

(Cette brochure sera soumise à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

FORMULAIRE

Régime alimentaire des goutteux. — Dujardin-Beaumetz.

Le goutteux peut faire usage de toutes les viandes, en donnant toutefois la préférence aux viandes blanches. — User modérément des œufs, des poissons, des mollusques, des crustacés et des aliments gras. — Les légumes doivent entrer pour une grande part dans son alimentation, à l'exception de l'oseille et des épinards, qui renferment de fortes proportions d'acide oxalique. User avec ménagement des légumes nourrissants très azotés, tels que le chou et le chou-fleur, et des graines féculentes, telles que pois, haricots, lentilles et fèves. — Remplacer le pain par des pommes de terre. — Les fruits sont tous favorables, et la cure de raisin peut améliorer l'état de certains podagres. Comme boissons, l'eau, et en particulier l'eau légèrement alcaline, pour couper les vins de Bordeaux légers, et les vins blancs peu alcooliques. — Ni vin de champagne, ni eau très gazeuse, ni bières fortes et suralcoolisées. — Prendre le café en infusion très légère; point de thé, qui renferme une forte proportion d'acide oxalique. — Entretenir la liberté du ventre avec des eaux minérales purgatives; vider la vessie toutes les deux heures; lotions sur tout le corps, massage, exercice sous toutes les formes. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

A la Société d'ophthalmologie de Heidelberg, dans la séance du 14 septembre dernier, le professeur v. Hippel (de Giessen) a fait une intéressante communication sur deux opérations de transplantation de la cornée, exécutées par lui et suivies de succès.

Avec un trépan, il enlève toutes les couches cornéennes troubles jusqu'à la membrane de Descemet restée transparente, sur laquelle il transplante la cornée d'un lapin. Dans son premier cas, qui date de vingt mois, la membrane est restée translucide; la malade possède une acuité visuelle 1/10 et lit le n° 6 de l'échelle de Jæger. A la partie centrale, la transparence est presque parfaite.

Dans son second cas, femme de 50 ans, opérée en juin dernier pour un ulcus serpens, il a obtenu le même heureux résultat et la même acuité visuelle. — Ch. S.

COURRIER

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Sont nommés :

1° *Professeurs* : MM. les docteurs Charpy (anatomie) ; Toussaint (physiologie) ; Saint-Ange (pathologie interne et pathologie générale) ; Tapie (anatomie pathologique) ; André (hygiène et médecine légale) ; Bonnemaison (clinique médicale) ; Caubet (clinique médicale) ; Penières (pathologie externe et médecine opératoire) ; Jeannel (clinique chirurgicale) ; Labéda (clinique chirurgicale) ; Labat (clinique obstétricale et gynécologie) ; Basset (thérapeutique) ; MM. Lamic, pharmacien supérieur de première classe (botanique et zoologie élémentaire) ; Frébault, docteur en médecine (chimie médicale) ; Dupuy, pharmacien supérieur de première classe (pharmacie).

2° *Chargés de cours* : MM. Broemer, pharmacien de première classe (matière médicale) ; Rey, licencé ès sciences physiques (physique médicale).

3° *Suppléants* : MM. Rochard, docteur en médecine (anatomie et physiologie) ; Roule, docteur ès sciences (histoire naturelle) ; Maurel, médecin principal de la marine (pathologie et clinique internes).

4° *Chef des travaux*. — M. Rochard, docteur en médecine, travaux anatomiques et physiologiques.

M. Caubet, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1887, directeur de ladite École.

— M. le docteur Legludic est nommé médecin-adjoint au lycée d'Angers, en remplacement de M. le docteur Guichard, démissionnaire.

Asile public d'aliénées de Bordeaux. — Le lundi 21 novembre 1887, à une heure précise, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux, dans une des salles de Saint-Raphaël, un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'Asile public d'aliénées.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'Asile, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à quatre heures, du 1er au 17 novembre inclusivement.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat, ouvert le 10 octobre, s'est terminé le 13 octobre. Ont été proclamés internes, par ordre de mérite :

MM. Doyon, Berthet, Bonnaud, Curtillet, Durnerin, Didier, Duchesneau, Bret, Courmont, Brosset, Chapotot, Toussaint et Fayard.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Six nouvelles hystérectomies vaginales (1),

Par L.-G. Richelot.

Les suites de ce traumatisme prolongé furent des plus simples. J'ôtai la moitié des pinces après trente-six heures; un écoulement sanguin modéré, qui s'arrêta sous mes yeux, m'empêcha d'aller plus loin. Le lendemain matin, j'enlevai les autres. Le troisième jour, ablation des tampons et injection douce, en prévision de l'élévation de température qui pouvait succéder à cette grave opération et à la formation d'eschares nombreuses. La suppuration et l'élimination des débris mortifiés furent, en effet, assez longues; mais la température ne dépassa pas 39°5, et oscilla bientôt entre 37°3 et 38°2; il n'y eut aucun symptôme alarmant. La malade, un peu nerveuse et agitée les premiers jours, retrouva bientôt son calme et son appétit. Le seul ennui sérieux fut une assez large eschare au sacrum, qui achève aujourd'hui de se cicatriser; et mon seul motif d'inquiétude, une albuminurie passagère, dont il ne reste aucune trace.

J'ai vu Mme D... pour la dernière fois le 17 octobre : elle a encore une plaie creuse de 2 centimètres et large de 3, à parois et à bords souples; elle est gaie, bien portante et heureuse. Rien ne peut me faire regretter d'avoir entrepris cette opération, la plus difficile que j'aie faite; l'examen de la pièce anatomique, l'état actuel de la plaie et de la santé générale, tout me donne à penser que Mme D... n'est pas aujourd'hui, au point de vue de la récidive, dans de plus mauvaises conditions que mes autres malades, opérées depuis un an et plus, qui viennent me voir de temps à autre et me faire constater la persistance de leur guérison. Et quand j'aurais, d'ici à quelques mois, une désillusion, n'aurais-je pas encore la conscience d'avoir rendu à la vie une malade désespérée, d'avoir rétabli ses forces et relevé son courage, d'avoir retardé l'échéance fatale et de l'avoir rendue plus douce ?

Je garde pour un travail ultérieur quelques détails complémentaires, tels que l'examen anatomique des tumeurs enlevées. Je laisse de côté certains points intéressants, tels que la fréquence relative de l'épithéliome intracavitaire ou interstitiel — depuis deux ans, j'ai vu très peu d'épithéliomas végétants de la face externe du col; — l'hérédité incontestable de cette terrible affection — une de mes malades inopérables m'a dit que sa mère et ses trois sœurs en étaient mortes. Un mot sur le *manuel opératoire* et sur la *récidive*.

Le procédé des pinces à demeure, tel que je l'ai décrit, est entré dans la pratique des chirurgiens français; à Berne, P. Muller l'adopte; en Amérique, si j'en crois des nouvelles récentes, on l'essaiera bientôt. Entre autres avantages, il a celui de rendre possibles des opérations qui ne

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

le seraient pas autrement, et qui sont cependant — l'événement le démontre — absolument indiquées. Plusieurs des opérations que je viens de rapporter eussent été impraticables par les anciens procédés. J'aurais voulu voir certain opérateur de Berlin, très fêté au Congrès de Washington, faire chez Mme D... les ligatures multiples et le renversement de l'utérus, tels qu'il les a pratiqués récemment à Boston avec deux remarquables insuccès, l'une des malades ayant succombé à l'hémorrhagie, et l'autre à la péritonite.

La résection vaginale a toujours, à mes yeux, la même importance, et je la fais constamment. Non que j'aie la prétention d'éviter ainsi toutes les récidives; mon ambition se borne à prévenir une partie de celles qui naissent dans la paroi vaginale, et qui sont de beaucoup les plus fréquentes. J'ai changé d'avis, comme on l'a vu, sur le moment où il convient de placer ce temps complémentaire, toujours ennuyeux et quelquefois difficile.

Enfin, je recommande l'usage de l'érigne qui m'a servi chez Mme D..., pour les cas où l'utérus doit être saisi par sa face interne. Quand le tissu est friable et se déchire sous les pinces, je ne connais pas de meilleur moyen au début de l'opération; plus tard, quand le péritoine est ouvert, nous avons une ressource nouvelle : c'est un crochet mousse imaginé par M. Quénu pour aller saisir le fond de l'utérus, et dont j'aurai bientôt l'occasion de parler.

Il me serait difficile, d'après ma seule expérience, d'émettre une opinion motivée sur la fréquence des guérisons durables. Il y a trop peu de temps que je fais la résection vaginale, pour compter les malades opérées depuis cette époque. Plusieurs, parmi les autres, sont guéries depuis onze et quatorze mois; elles-mêmes ne sont pas encore à l'abri. J'attendrai donc, avant de soumettre au jugement de mes confrères des résultats définitifs. Que les statistiques de l'avenir nous donnent 10 p. 100 de mortalité opératoire, et, parmi les survivantes, 50 p. 100 de guérisons parfaites, il faudra dire qu'en présence d'une pareille affection nous ne pouvions guère espérer mieux, et que nos travaux ont porté leurs fruits.

De l'angine de poitrine par sténose des artères coronaires en 21.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 8 octobre 1887,

Par P. Duroziez.

La théorie de la production de l'angine de poitrine par la sténose des artères coronaires a été nettement formulée pour la première fois par H. Reeder dans son *Traité pratique des maladies inflammatoires, organiques et lymphatiques du cœur* (1821), que personne ne cite. Avant lui, il n'est fait mention que de l'ossification des artères. Reeder a dit que les cas les plus graves d'angine de poitrine sont dus à la sténose des artères coronaires à leur origine ou sur leur parcours; les auteurs qui soutiennent cette théorie doivent lui en faire les honneurs, à moins de citer des textes établissant la priorité de quelqu'autre médecin.

L'angine de poitrine est de création anglaise; on pourrait l'appeler la maladie d'Heberden, qui a su lui imposer le nom d'*angina pectoris* en 1768.

Sénac et Morgagni, dans leurs éditions postérieures à 1768, ne parlent pas de l'angine de poitrine; ils nous donnent des renseignements intéressants sur l'état de la science au sujet des artères coronaires avant l'époque anglaise.

Sénac (édition de 1777). — Les artères qui se répandent dans la substance du cœur ne sont pas exemptes d'ossification; c'est ce que prouve une observation rapportée par Drelincourt. Bellini a vu un calcul faisant corps avec les grands rameaux coronaires qui séparent les ventricules. Péchlin a noté dans ces vaisseaux une matière osseuse ou tophacée, ou de nature pierreuse. Thebesius a observé que les grosses branches, depuis la base jusqu'à la pointe, étaient osseuses en divers endroits. Crellius a remarqué que l'artère coronaire était aussi dure que les os.

Voici ce que dit Reeder au sujet de Crell : « Crell mentionne que, dans son cas des artères coronaires ossifiées, une matière d'un aspect osseux coulait d'entre leurs tuniques musculaire et interne coupées, matière qui ressemblait à du pus épais ou à du lard ; dans d'autres places, elle était convertie en os par l'absorption de la portion fluide. »

Même observation du grand Morgagni, qui épuise tout ce qu'il traite; enfin, suivant l'auteur du sépulchretum, les veines mêmes du cœur ont paru ossifiées comme les artères; cependant, l'ossification ne se forme en général que dans les membranes artérielles. A ces observations, j'en ajouterai deux qui les confirment :

Un Récollet était sujet à des palpitations; les artères coronaires ossifiées formaient des rameaux semblables à des branches de corail. De telles branches ne paraissaient pas aussi étendues dans un cœur, où je ne pus d'abord les découvrir que par la résistance qu'elles opposaient à une injection; les ventricules étaient couverts d'une croûte épaisse qui m'en cachait toute la surface; mais quels étaient les accidents que produisait une telle ossification? Les parois du cœur ne pouvaient s'étendre ni se resserrer qu'avec beaucoup de difficulté.

Morgagni (édition de 1779). — Chez un vieillard dont nous avons fait l'autopsie en 1743, nous avions trouvé un pouls faible et petit, mais non intermittent. L'artère coronaire était convertie en un canal osseux depuis son origine, sur un parcours de plusieurs doigts le long de la base, et dans ses rameaux antérieurs; on pouvait la comparer à un roseau avec ses nœuds.

Laurentius Bellinus a vu une pierre attenante aux rameaux coronaires majeurs qui séparent les deux ventricules.

Drelincurtius a trouvé l'artère coronaire pierreuse.

Thebesius a vu les artères coronaires çà et là osseuses.

Cl. Crellius a publié une observation d'artère coronaire indurée.

Que ne pouvons-nous savoir les maux et le genre de mort!

Ni Bellinus, ni les disciples de Drelincurtius n'ont indiqué les symptômes antérieurs.

Thebesius a dit que cette lésion peut être très funeste; qu'elle l'ait été, il ne le dit pas.

Crellius n'a pas pu voir le reste du cadavre, il n'a vu que le cœur déjà décomposé.

Tandis que je recherchais les travaux des auteurs qui se sont occupés de cette question, je trouvai une observation de Senac, une autre de Plaucus, une autre de Haller; la première et la seconde chez des individus sujets aux palpitations; mais, dans la seconde, il ne manquait pas d'autres causes de palpitation; — dans la première, il n'y avait pas d'autre lésion; l'ossification a pu produire les palpitations. Haller a vu un ou deux cas chez des vieilles femmes; quelles ont été les incommodités? Il ne le dit pas.

En 1767, Fothergill publie deux cas. Un premier avec tous les symptômes caractéristiques de l'affection; le malade mourut subitement; à l'autopsie, on trouva de l'eau dans la poitrine et une accumulation de graisse autour du médiastin et du péricarde; il n'est pas question des artères coronaires. Un second cas où le malade succomba dans une attaque plus sévère que d'habitude, amenée par un violent transport de colère; l'autopsie fut faite par John Hunter; les artères coronaires étaient complètement converties en os, la mitrale et l'aorte légèrement ossifiées, le cœur pâle et le thorax plein de sérum sanglant.

En 1768 apparaît Heberden, qui, le 20 juillet, dans une séance du Collège des médecins de Londres, propose le nom d'*angina pectoris*, en raison du siège de la maladie et de la sensation d'étranglement et d'angoisse. En 1772, il observe un autre cas dont l'autopsie a été faite par John Hunter, qui devait mourir de cette maladie; on ne trouva aucune lésion, si ce n'est quelques taches sur l'aorte et des adhérences pleurales à gauche. Il paraît très probable, dit Reeder, que les artères coronaires ne furent pas examinées, et le docteur Parry établit que le docteur Jenner pouvait affirmer que ces vaisseaux n'avaient pas été examinés dans ce cas. Heberden ne cherchait donc pas un rapport entre les lésions des coronaires et son angine de poitrine.

C'est le célèbre docteur Jenner qui, le premier, a émis l'idée, comme il est rapporté par le docteur Parry dans son livre sur cette maladie, qu'un état d'ossification ou de mauvaise organisation des artères coronaires était une cause d'angine de poitrine; cependant la découverte par Jenner peut être considérée comme un peu accidentelle. En faisant une section transversale du cœur, assez près de la base, chez une personne qui était morte subitement de cette affection, son couteau frappa contre quelque chose de dur; les artères coronaires étaient converties en os, à quoi il attribua la cause de la maladie et la mort subite.

Deux cas d'angine de poitrine vinrent ensuite à la connaissance du docteur Parry; il prédit que les artères coronaires seraient ossifiées, et on les trouva telles. Le docteur Jenner, quand il apprit de quelle manière John Hunter était affecté, exprima l'opinion que les artères coronaires seraient, en toute probabilité, trouvées osseuses; sa prédiction fut réalisée.

Samuel Black de Newry, en 1795, rapporte quatre excellents cas d'angine de poitrine provenant d'une ossification des artères coronaires; deux sont rapportés dans le septième volume des Transactions médico-chirurgicales, les deux autres dans les mémoires de médecine.

Le premier était celui d'un homme de 50 à 60 ans qui avait joui d'une bonne santé avant l'apparition de l'angine de poitrine; il avait été très éprouvé par la perte de plusieurs enfants. Il se plaignait d'une grande angoisse et de douleur dans la région du cœur, s'étendant aux omoplates et en bas du bras gauche, lorsqu'il marchait, surtout sur un terrain en pente ou d'un pas plus vite que d'ordinaire; ces symptômes disparaissaient aussitôt qu'il s'arrêtait. Puis les paroxysmes se montrèrent pendant le sommeil. A la longue, l'hydrothorax survint et le malade mourut un peu soudainement après avoir souffert environ pendant cinq ans.

A l'autopsie, les artères coronaires étaient ossifiées sur tout leur parcours. Il y avait aussi des dépôts osseux sur différentes parties de l'origine de l'aorte; les valvules étaient saines; le cœur était chargé de graisse,

un peu large et mou; une grande quantité de sérum remplissait la cavité de la poitrine. Les cartilages costaux étaient complètement ossifiés.

Le second cas était celui d'un gentleman de 50 à 60 ans, qui se plaignait au moindre exercice, comme de marcher sur un terrain incliné, de monter des étages ou même de s'habiller et de se déshabiller, d'une angoisse intolérable ou d'une sensation pénible dans la poitrine, s'étendant jusqu'aux omoplates et en bas du bras gauche, angoisse qui disparaissait dès qu'il s'arrêtait et reparaissait au moindre exercice. Il avait été sujet à des syncopes pendant quelques années, surtout après dîner. Son pouls variait de 50 à 56, faible. Plus tard, il eut des paroxysmes pendant la nuit, et, à ce moment, il croyait toujours toucher à sa fin. Il pouvait faire une grande inspiration et obtenait quelque soulagement en retenant sa respiration et maintenant sa poitrine dans une expansion modérée. L'hydrothorax apparut bientôt, et le malade mourut après de grandes souffrances.

A l'autopsie, les artères coronaires sont très ossifiées, le calibre de l'une est très diminué et l'autre est oblitérée. Des lamelles osseuses existent à la surface de l'aorte, surtout autour de l'origine des artères coronaires. Les cavités pleurales contiennent une grande quantité de sérum; le péricarde n'en contient pas. Toutes les valvules sont saines. Les cartilages des côtes sont convertis en os. Le cœur est chargé de graisse, large et mou, plus pâle qu'à l'état normal.

Le troisième cas était celui d'une homme de 55 ans, robuste, mais non corpulent, de vie modérée, n'ayant jamais été affecté de goutte. Il était tout à coup saisi, tandis qu'il montait une pente, d'une douleur au-dessous du mamelon gauche, s'étendant jusqu'à l'épaule et en bas du bras gauche, avec angoisse et oppression; il s'arrêtait et tout disparaissait. Plus tard, ces symptômes étaient invariablement produits en montant une pente, en courant quelques instants ou même en marchant sur un terrain uni, surtout si le pas n'était pas très lent; ils devenaient beaucoup plus sévères et étaient beaucoup plus faciles pour la marche après dîner ou dans la soirée que pendant tout autre moment du jour. Il se plaignait d'une très singulière sensation en respirant, comme si la gorge était dénudée et que de la vapeur froide la traversât. Au bout de cinq mois, il fut souvent assailli de paroxysmes pendant la nuit, la douleur et l'angoisse étaient considérables; ils apparaissaient habituellement vers deux heures du matin et toujours pendant le sommeil; ils duraient communément pendant deux heures, avec des périodes d'augment, d'acmé et de déclin. Il ne pouvait pas se coucher sur le côté gauche sans avoir un grand malaise dans la poitrine, et s'il se tournait sur ce côté pendant le sommeil, il était vite éveillé et ressentait de l'oppression et de l'anxiété qui devenaient très fortes s'il ne changeait pas de position. Les excrétions étaient normales et régulières, l'estomac fonctionnait bien, sans flatulence à aucun moment. La maladie augmentant en violence, il eut enfin, pendant la nuit, un paroxysme plus sévère que d'habitude, la douleur de poitrine fut constante, mais toutes les une ou deux minutes dardait dans les omoplates d'une manière si violente qu'elle produisait des convulsions générales. Une toux violente sans expectoration survint; après une durée de douze heures tout disparut soudainement. Des vomissements éclatèrent. Le malade subit une torture atroce sans relâche. Après avoir ainsi souffert pendant soixante heures depuis le début, il expira.

A l'autopsie, les artères coronaires, sur une largeur de deux pouces,

étaient osseuses, mais perméables. Toutes les valvules étaient saines. L'aorte ascendante était dilatée. Le cœur n'était pas chargé de graisse. Les poumons étaient sains. Il n'y avait de sérum dans aucune cavité. Les viscères de l'abdomen étaient intacts.

Le quatrième cas est celui d'un gentleman de 62 ans, à habitudes modérées et régulières, n'ayant jamais eu la goutte, qui fut atteint pour la première fois à l'âge de 30 ans, montant à cheval, d'une douleur intense dans la région du cœur, douleur qui dura seulement une minute. Une année après, tandis qu'il gravissait rapidement une colline, il eut de nouveau une douleur intense dans la poitrine, il fut obligé de s'arrêter. Les paroxysmes, pendant quelques années, revinrent très fréquemment. A la longue, ils devinrent plus sévères, plus fréquents et s'accompagnèrent de sensation le long des bras comme si un liquide chaud y coulait. On établit deux cautères; il sembla en éprouver un grand bienfait; les paroxysmes furent moins sévères et aussi moins fréquents; on retira les cautères au bout de qnatre ou cinq ans; les attaques devinrent plus violentes; on rétablit les cautères, mais pas avec le même avantage qu'auparavant. Il eut ensuite des paroxysmes pendant la nuit et fut obligé de prendre de très grandes quantités de laudanum. Les paroxysmes prirent graduellement plus de violence pendant les dernières douze années, et, un soir, étant assis et prenant du chocolat, il tomba tout à coup de sa chaise et expira.

A l'autopsie, les artères coronaires étaient complètement ossifiées sur toute leur longueur; une de leurs branches était tout à fait oblitérée, les autres considérablement diminuées de calibre. Les valvules étaient saines. On trouvait du liquide dans le péricarde, mais non dans les plèvres. Les viscères de l'abdomen étaient sains. Le médiastin était couvert d'une couche épaisse de graisse. L'aorte était un peu dilatée.

Ce cas est remarquable par la longue durée de la maladie.

Nous avons insisté sur ces observations de Black de Newry parce qu'elles sont moins connues que celles de Parry dont la publication est postérieure. Parry note bien l'oblitération des artères coronaires, mais sans en tirer de conséquences, Parry a appelé la maladie syncope angineuse.

(*A suivre.*)

Neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie

TENU A WASHINGTON DU 5 AU 10 SEPTEMBRE 1887.

Section de chirurgie (1).

Le docteur Richardson (de Boston) fait une communication sur la *gastrotomie pour corps étrangers dans la gorge.* Il présente un malade, âgé de 37 ans, à qui il a fait la gastrotomie pour extirpation d'une plaque dentaire prise dans l'œsophage à 4 centimètres de l'orifice cardiaque. Il fut impossible de découvrir le point d'obstruction lors de l'entrée du malade à l'hôpital; il fut renvoyé ne souffrant plus et avalant sans difficulté. Onze mois après, il revint se plaignant beaucoup et ayant énormément maigri. L'auteur pratiqua la gastrotomie, avec incision assez grande pour admettre la main, et retira la susdite plaque. Malgré la présence d'un petit abcès, le malade guérit rapidement. S'il avait pu déterminer le siège de l'obstruction, le docteur Richardson est persuadé qu'il aurait pu retirer la plaque à l'aide de pinces. Il a opéré ainsi soixante fois.

Le docteur Burney fait, pour le docteur Richardson (de Saint-Louis) la lecture d'une *observation de gastrotomie pour corps étrangers fixés dans la gorge.*

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 septembre, 15 et 20 octobre 1887.

Il cite aussi un cas à lui où le malade avala un couteau de table. L'auteur ne croit pas à l'efficacité de la suture continue.

Le docteur F.-S. Dennis, après avoir présenté des préparations des bacilles de la fièvre scarlatine, envoyées par le professeur Lee (d'Edimbourg), lit un article intitulé : *Amputation dans l'articulation coxo-fémorale pour sarcome.* Les chirurgiens devraient faire le rapport de cas semblables avec le résultat, car, sur 28 observations, il n'en a trouvé que 2 où les malades soient encore vivants. Il donne les points principaux de l'histoire de son patient, qui est âgé de 17 ans. La tumeur était longue de 10 pouces; sa circonférence était de 27. L'opération fut facile et le malade guérit sans accidents.

Les considérations suivantes rendent l'observation intéressante : 1° Il n'y avait pas d'antécédents héréditaires; 2° il n'y avait pas de cause excitante; 3° la rapidité du développement; 4° l'absence de tumeurs secondaires; 5° la convalescence rapide, car le jeune homme se porte bien; 6° l'importance de l'hémorrhagie secondaire; 7° le pronostic peu favorable; 8° la confirmation du diagnostic par l'examen microscopique; 9° la limitation de l'abcès au corps de l'os; 10° l'absence de fracture spontanée du fémur; 11° les cellules mixtes volumineuses du sarcome; 12° l'ablation complète de la tumeur par amputation à l'articulation coxo-fémorale et non au tiers supérieur de la cuisse.

Discussion du mémoire du docteur Dennis. — Les docteurs Mac Lean, Weeks et Manley approuvent le procédé suivi par l'opérateur.

Le docteur Reyher a eu les meilleurs résultats avec la méthode de Lister.

Le docteur N. Smith préfère l'opération de Brodie et la compression digitale pour obtenir l'hémostase.

Le docteur Garmody (de New-York) fait une communication sur le *traitement chirurgical de l'aliénation d'origine traumatique par la trépanation.* Il rapporte l'observation d'une jeune femme trépanée dix ans auparavant pour fracture comprimée du crâne; des symptômes d'aliénation se déclarèrent et l'auteur fit de nouveau la trépanation. Guérison complète.

Sir James Grant dit que l'individu peu intelligent supporte mieux une fracture du crâne que celui qui est bien doué. L'éducation développe la sensibilité du cerveau.

Le docteur Burney cite l'observation d'un jeune garçon qui, après une fracture du crâne, fut saisi d'accès épileptiques. Il l'a trépané deux fois; il s'est échappé une grande quantité de liquide cérébro-spinal, et depuis lors le malade va mieux.

Discussion du mémoire du docteur L.-H. Sayre de (New-York). — Le docteur Springler remarque que les trois cinquièmes des cas guérissent par première intention.

Discussion sur *l'aspiration de l'articulation coxo-fémorale,* par le docteur Benton. — Le docteur Owen rappelle que la ponction et l'introduction du trocart, même si elle ne fait pas de bien, n'est aucunement nuisible.

Le docteur Robert Newmann (de New-York) fait une communication sur l'emploi de la *sonde galvano-cautère.* Elle est surtout utile dans l'hypertrophie de la prostate. On doit en faire usage dans des intervalles de trois à six jours, le cautère n'étant pas chauffé tout à fait au rouge. Il ne se produit ni hémorrhagie ni septicémie.

Le docteur Carnochan (de New-York) présente une pièce curieuse qui montre l'*union osseuse du col du fémur à l'intérieur de la capsule,* chez une femme de 70 ans, traitée avec beaucoup de soins.

Le docteur F. Lemoyne (de Pittsburg) fait la démonstration d'un *appareil spécial pour le traitement des fractures du fémur.* Il fait une incision, excise l'extrémité d'un des fragments en forme de coin, et l'autre s'y adapte. Il perfore les deux extrémités à un pouce et demi du siège de la fracture. Une tige d'acier est placée de manière à ce que deux prolongements, qui en partent à angle droit, se fixent dans les deux trous. La plaie est réouverte au bout de neuf semaines et l'appareil est enlevé.

Le docteur Manley trouve que la suture osseuse donne d'excellents résultats et que l'on peut parfaitement laisser les fils de fer à demeure.

Les docteurs Gibson, Myers et Quimby discutent la communication du docteur Lemoyne.

Le docteur George Assaky (de Bucharest) lit un mémoire intitulé : *L'iodol en chirurgie.* Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'iodol produit la réunion par première intention ; pour cela, il faut toutefois la coopération d'autres facteurs. Il agit très bien dans les plaies ouvertes qui suppurent, dans le chancre huntérien, dans le chancre mou le résulat varie, de même dans le bubon. — 2° L'organisme supporte fort bien des doses journalières de 40 centigr. à 2 grammes d'iodol, même administrées pendant un temps fort long. Ce traitement donne des résultats merveilleux dans les affections scrofuleuses et dans la syphilis tertiaire. — 3° L'iodol produit une amélioration dans la nutrition, les forces et le poids. — 4° Il est antipyrétique.

Le docteur Milton J. Roberts (de New-York) fait une communication sur une *méthode nouvelle pour les opérations sur les os avec l'ostéotome électrique.* L'auteur fait la démonstration de son ingénieux appareil. Le manche est creux et donne passage aux fils électriques, qui font tourner une scie circulaire, qui peut être changée suivant la grandeur que veut l'opérateur. Un mécanisme spécial permet à la main qui tient l'instrument de fermer rapidment et facilement le courant.

Le docteur George E. Post (de Beyrouth) lit un mémoire sur le *calcul vésical en Syrie.* Cette affection y est très fréquente. Il existe une classe de chirurgiens ambulants, qu'on appelle coupeurs de pierres, et qui ne font que des lithotomies des plus primitives. L'auteur décrit leur mode opératoire. Ces gens obtiennent des résultats excellents. L'auteur a opéré 250 fois; sur ce nombre, il y avait 106 enfants âgés de moins de 10 ans.

Le docteur J.-A.-S. Grant Bey remarque que le calcul est très fréquent en Egypte.

Le docteur Oscar J. Coscary (de Baltimore) rapporte un *cas rare de fracture avec luxation du tarse et du métatarse.*

Le docteur N. Senn (de Milwaukee) lit un mémoire intitulé : *La constriction élastique du cou, avec exclusion de la trachée, comme moyen d'hémostase dans les opérations sur la tête.* Il a fait des expériences sur les chiens qui supportent la constriction pendant deux ou trois heures.

Le docteur Carnochan (de New-York) présente une pièce montrant une *double luxation de l'articulation coxo-fémorale* et demande si c'est une luxation véritable ou une malformation.

Le docteur R.-T. Morris croit que c'est un arrêt de développement.

Le docteur Post remarque qu'il y a toute une série de cas qui sont d'origine distinctement rachitique.

Le docteur Link (d'Indianapolis) lit un mémoire sur l'*alcool comme anesthésique.* Il l'administre de la manière suivante : Deux onces de whisky toutes les cinq minutes jusqu'à ce que le malade en ait pris un demi-litre; ensuite quelques inhalations de chloroforme.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

Altérations visuelles dans les affections du système nerveux, par FINKELSTEIN (Clinique du professeur Merjeiewsky. — Le travail est basé sur 120 observations. Il s'agit de 47 épileptiques, de 24 hystériques et hystéro-épileptiques, 30 cas de neurasthénie, 15 cas d'alcoolisme chronique, 2 d'intoxication saturnine, 1 cas d'ergotisme et 1 cas d'intoxication mercurielle.

Dans l'épilepsie, on observe une diminution concentrique du champ visuel qui apparait en même temps que les autres prodromes et qui atteint son maximum aussitôt après l'attaque ; ensuite, le champ visuel commence à se dilater de nouveau. L'étendue relative

du champ visuel pour différentes couleurs reste la même qu'à l'état physiologique. On observe souvent un certain degré de daltonisme qui commence toujours par le vert.

La première couleur, qui reparaisse comme à l'état normal, est le bleu, ensuite le rouge, le jaune et enfin le vert.

Ces modifications dans le champ visuel peuvent servir, d'après l'auteur, pour distinguer l'épilepsie vraie de l'épilepsie simulée.

En même temps, il y a diminution accentuée de l'ouïe, surtout du côté opposé à l'œil qui présente une diminution maxima du champ visuel. Enfin, le sens du goût est altéré, émoussé ou aboli.

Dans la période qui suit l'attaque, l'auteur observait souvent des scotomes étincelants et un épuisement rapide de la rétine.

Chez les hystériques, l'auteur a observé deux fois des scotomes paracentraux. Dans la neurasthénie, on observe une diminution du champ visuel pour des couleurs, une perturbation du sens des couleurs, disparition de certaines couleurs et en particulier du vert.

Dans l'alcoolisme chronique, il y a diminution du champ visuel et disparition de la couleur verte.

Enfin, l'auteur a fait des recherches semblables chez les femmes, au moment des règles, et il a constaté que le champ visuel se rétrécit suivant la perte du sang.

Le maximum de diminution se produit au troisième ou quatrième jour; enfin, parfois on constate un trouble dans la perception de la couleur verte. (*Revue de méd.*, 1886.)

Contribution à l'étude de la physiologie du corps thyroïde, par Rogowikh, privat-docent (Laboratoire de physiologie du professeur Tschireff-Kieff). — Les expériences ont été faites sur des chiens. L'extirpation bi-latérale du corps thyroïde chez les chiens amène fatalement la mort dans l'espace de trois ou quatre jours à trois ou quatre semaines.

L'extirpation d'une moitié de la glande est très bien supportée par les animaux, mais l'extirpation consécutive de l'autre moitié est dans la majorité des cas la cause de la mort de l'animal. Les phénomènes qui caractérisent la mort dans ces conditions sont semblables à ceux qu'on observe dans les intoxications par le phosphore, l'arsenic et d'autres poisons.

Au point de vue de l'anatomie pathologique la mort est causée par une encéphalo-myélite parenchymateuse subaiguë.

Dans le cas d'extirpation partielle du corps thyroïde, la partie qui est restée, augmente de poids au bout d'un certain temps. A l'examen microscopique on trouve une prolifération des cellules épithéliales et formation de nouveaux alvéoles.

Le corps thyroïde d'après l'auteur présente donc un organe, dont la fonction est de faire disparaître ou de neutraliser un produit inconnu qui se trouve dans l'organisme. Ce produit s'accumulant dans le sang, agit sur le système nerveux central comme un poison destructeur en amenant ainsi la mort.

Enfin on n'a remarqué aucune diminution appréciable dans la quantité de globules rouges du sang. (*Revue de méd.*, 1886.) — W.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 octobre. — Présidence de M. Polaillon.

M. Pozzi présente, à propos du procès-verbal de la dernière séance, une observation de salpingite et d'ovarite suppurées traitées par la laparotomie, l'oophorectomie, et suivies de guérison.

Il s'agit, dit-il, d'une femme ayant des antécédents tuberculeux, et chez laquelle les accidents remontaient à son dernier accouchement. Le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, permit de constater dans les culs-de-sac une petite tumeur

allongée formée par la trompe. A l'opération, on trouva cette dernière remplie de pus et, dans ce pus, on ne constata ni gonococcus ni bacille tuberculeux.

M. Pozzi insiste ensuite sur la façon dont il procède à la suture de la paroi, et rappelle qu'avec une telle méthode, il n'a jamais eu d'éventration à constater. Il suture le feuillet pariétal du péritoine avec un fil de catgut passé en surget de bas en haut, ramène ensuite de haut en bas, en réunissant les plans aponévrotiques, puis suture l'épaisseur des parois abdominales avec du fil de soie aseptique, et enfin les lèvres de la plaie cutanée sont réunies à l'aide du catgut.

— M. Kirmisson continue la discussion relative à la pathogénie des kystes dentaires; l rappelle que deux théories sont en présence : la théorie périostique et celle qui fait remonter l'origine des kystes à la persistance de débris épithéliaux. Il rejette la première, défendue par M. Magitot, et s'appuie pour cela sur plusieurs raisons. Tout d'abord, il n'admet pas la genèse spontanée du tissu épithélial que l'on rencontre à la face interne du kyste, car le tissu conjonctif n'a jamais pu se transformer en tissu épithélial. En second lieu, il n'existe pas autour de la dent et de l'alvéole un périoste tel que le comprend M. Magitot; ce qui est certain, c'est que l'on trouve un ensemble de trousseaux fibreux formant le ligament dentaire. Enfin, il n'est rien de plus facile à constater que la présence de débris épithéliaux au voisinage de l'alvéole. En résumé, M. Kirmisson propose de conserver la partie clinique de la description de M. Magitot, tout en préférant l'opinion de M. Malassez relativement à la pathogénie de ces kystes.

M. Reclus croit avoir été le premier à publier en 1876 la théorie paradentaire de ces kystes qu'il avait plusieurs fois déjà entendu exposer oralement par M. Verneuil. Il faisait à ce moment un mémoire sur l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur, et il se rappelle avoir porté, à cette époque, à M. Malassez une pièce fort intéressante. Il s'agissait d'une dent saine qui avait été arrachée par erreur à la consultation de la Pitié. A l'extrémité de la racine de cette dent se trouvait appendu un petit kyste de matière mélicérique. L'examen fut pratiqué par M. Malassez, qui trouva la paroi interne du kyste tapissée par un épithélium des plus nets, et, quoi qu'en dise M. Magitot, M. Reclus ne comprend pas comment, au milieu d'un abcès, il pourrait se développer un épithélium aussi épais que celui qui se trouve dans les kystes dentaires.

M. Magitot : Les objections de M. Kirmisson portent sur trois points :

1° L'existence de l'épithélium kystique;

2° La nature du périoste, ou ligament alvéolo-dentaire;

3° Le siège précis du début.

Au début de ses recherches, M. Magitot avait admis l'hypothèse qu'il regrette d'avoir abandonnée : celle de la genèse spontanée. En effet, M. Renaut a démontré que les épithéliums peuvent être d'origine mésodermique et se développer aux dépens du tissu conjonctif. D'ailleurs, il est un fait constant d'observation que les kystes dont il s'agit se développent toujours au sommet de la racine, tandis que les débris épithéliaux n'existent qu'au niveau de la dent.

— M. Horteloup fait à la Société une communication intitulée : *Malformations congénitales, troubles trophiques de l'aïnhum et des amputations congénitales.*

Un homme de 45 ans, venu en octobre 1886 à la Maison de santé, présentait une ulcération à l'extrémité d'un moignon provenant d'une malformation congénitale de l'avant-pied gauche. On trouvait, en outre, des malformations remontant à l'enfance : 1° sur l'annulaire de la main droite au niveau de la troisième phalange et consistant en un tubercule mollasse renfermant une production cornée, vestige de l'ongle; 2° sur le pied droit, le premier gros orteil est amputé complètement, les deuxième et troisième ont perdu leur phalangette. A la jambe gauche on voit, au niveau de la tubérosité du tibia, une bride circulaire dure et épaisse occupant les parties antérieure et latérale. Au fond du sillon qu'elle forme, la peau est saine et adhérente. Le membre a la forme d'un fuseau, et, à la partie inférieure, existe un autre sillon que le malade dit avoir été formé par la pression de la chaussure. Le pied gauche est réduit à un simple moignon. On ne trouve pas les malléoles; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont

abolis. La peau, déprimée, présente plusieurs durillons aux points d'appui du pied pendant la marche; l'un de ces durillons est ulcéré et ressemble à un mal perforant.

C'est pour cette ulcération que le malade vint trouver M. Horteloup. Il affirme que toutes ces déformation existent chez lui depuis sa naissance. Ses parents étaient bien conformés, ainsi que ses frères et sœurs. Il n'a jamais quitté la France et n'accuse aucune maladie antérieure.

M. Horteloup ne pense pas qu'on puisse ranger ce malade dans la classe des hémimèles de Geoffroy-Saint-Hilaire, c'est-à-dire de considérer ces difformités comme étant dues à un arrêt de développement. Il semble plutôt qu'elles se rattachent à des mutilations intra-utérines. Les lésions observées sur la main droite, le pied gauche et l'extrémité du moignon du membre inférieur gauche présentent bien les caractères des amputations intra-utérines. Seul le tubercule surajouté à la phalange s'en écarte. La déformation de la jambe doit être considérée comme une amputation imparfaite. Elle se rattache plutôt aux lésions décrites en 1881 sous le nom d'aïnhum par M. Francisque Guyot, et qui ne sont pas, comme on l'avait cru jusqu'alors, propres à la race nègre.

Au Congrès de chirurgie, M. Redard a présenté un enfant de 10 mois offrant au niveau de la jambe gauche un sillon circulaire, et chez qui il avait fait disparaître les accidents de compression en sectionnant la bride située au fond du sillon. M. Reclus rapprocherait volontiers l'aïnhum des amputations congénitales. Il a obtenu de bons résultats chez une fillette de 6 mois par la section d'une bride analogue. M. Lannelongue a d'ailleurs soutenu cette opinion devant l'Académie de médecine en novembre 1881. Néanmoins, il est peu probable que toutes les amputations congénitales soient dues à cette bride fibreuse qu'on a comparée à la sclérodermie. Les amputations dues aux brides extérieures du placenta sont au contraire indéniables. Il faut donc admettre plusieurs modes d'amputations congénitales. M. Poirier, dans sa thèse d'agrégation (1886), soutient qu'elles sont produites par différents processus pathologiques. Néanmoins, suivant lui, l'existence d'une maladie analogue à l'aïnhum n'est pas encore démontrée. M. Horteloup croit qu'il faut admettre l'existence de cette maladie fœtale.

En résumé, il faut reconnaître deux sortes d'amputations congénitales : les unes, traumatiques, dues à des brides extérieures; les autres, pathologiques, provoquées par une lésion du derme et des tissus sous-jacents.

M. Reclus affirme l'excellence du résultat obtenu dans son cas qui date de quatre ans et est antérieur à celui de M. Redard. Ultérieurement le membre s'est développé normalement et la masse qui existait sur le dos du pied a disparu. Il a admis d'abord, comme M. Horteloup, des relations entre l'aïnhum et les maladies congénitales; mais il est aujourd'hui revenu de cette opinion. L'aïnhum, en effet, ne frappe que les individus de certaines races, d'un âge avancé et toujours est localisé au cinquième orteil. Tous les autres cas décrits sous le nom d'aïnhum ne sont très probablement dus qu'à des erreurs de diagnostic.

M. Routier donne lecture d'une observation ayant trait à un cas de fausse tuberculose développée autour d'un corps étranger (écaille d'huître) introduit sous la peau. La tumeur a été enlevée et la plaie a guéri sans incident.

M. Le Dentu présente une tumeur du testicule enlevée le matin même chez un jeune homme de 18 ans. Il avait fait le diagnostic de tératome se basant sur le siège du néoplasme à droite, sur l'époque de son apparition et sur la persistanse de la sensibilité testiculaire. Cette tumeur pesait 1,220 grammes, et l'examen macroscopique a confirmé le diagnostic. La section a montré une poche dont la face interne était tapissée de poils. M. Le Dentu insiste sur la possibilité du diagnostic en pareil cas.

M. Desprès rappelle qu'il y a deux ans il a enlevé une tumeur analogue du testicule qu'il persiste à appeler tumeur par inclusion fœtale. Il avait, lui aussi, fait le diagnostic qui fut confirmé peu après l'ablation du néoplasme.

M. Delorme présente deux soldats chez lesquels il a pratiqué l'arthrectomie du genou.

Les résultats sont excellents; dans deux autres cas analogues, il a eu pendant longtemps persistance d'une fistule.

— Au cours de la séance, M. Cruveilhier a été nommé membre honoraire de la Société.

— La séance est levée à cinq heures dix minutes. — E. V.

FORMULAIRE

POUDRE CONTRE LES VÉGÉTATIONS. — Diday.

Sabine pulvérisée .... } ââ 8 grammes.
Alun calciné pulvérisé .... }

Mêlez. — Deux fois par jour, on frotte chaque végétation avec le bout du doigt, ou avec une petite spatule chargée de cette poudre. — On continue les frictions plusieurs jours, jusqu'à ce qu'elles aien déterminé de l'irritation; puis on les suspend, pour les recommencer lorsque l'irritation a cessé. — Par une série de ces frictions, on obtient la diminution graduelle, et finalement la disparition totale des végétations. — En cas d'insuccès, il y a lieu de recourir à la cautérisation au moyen de la pâte de Canquoin.
N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

CHOLÉRA. — A *Rome*, du 19 au 26 septembre, on signale encore 85 cas de choléra et 44 décès. Depuis le commencement de l'épidémie, jusqu'au 23 septembre, le mal a atteint un total de 360 personnes à Rome et a fait 165 victimes.

A *Naples*, du 24 au 30 septembre, on a déclare 35 attaques et 23 morts.

A *Palerme*, on annonçait le 25 du même mois 17 cas et 8 décès.

A *Messine*, du 22 au 25 septembre, il y eut une moyenne journalière de 100 cas cholériques avec 50 décès. Du 27 au 30, il se produisit une diminution notable dans la force de l'épidémie, qui ne frappa plus que 122 personnes, parmi lesquelles 78 succombèrent.

Indes, 12 décès cholériques à Bombay dans la première semaine de septembre.

Barcelone, 2 cas suspects. — Ch. S.

COURRIER

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. le professeur Raymondaud est nommé, pour trois ans, à partir du 31 décembre 1887, directeur de ladite École.

M. Delotte (Léonard-Yrieix), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Le lundi 7 novembre 1887, et les trois jours suivants, à huit heures précises du soir, aura lieu rue des Bons-Enfants, 28, salle Sylvestre, n° 1, la vente de la bibliothèque de M. le docteur S. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires.

Le catalogue de cette vente est en distribution chez MM. J.-B. Baillière et fils, chargés de la vente.

— On demande un **Médecin** dans une localité de Seine-et-Oise, 1,800 francs assurés par la commune. — S'adresser au bureau de l'*Union médicale*.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

N° 132 L'UNION MÉDICALE Jeudi 27 Octobre 1887.

Sommaire

De l'angine de poitrine par sténose des artères coronaires en 1821 (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 8 octobre 1887,

Par P. Duroziez.

Burns (1809) donne à son travail une grande importance d'après ce passage : « C'est aux docteur Heberden, Jenner et Parry que nous devons beaucoup de nos connaissances sur cette très fatale maladie. Après le traité très complet que le docteur Parry a publié, on ne peut ajouter que très peu de chose aux informations qu'il nous a communiquées sur la pathologie de la syncope angineuse. Par une série de cas bien relatés, il établit l'histoire régulière de la maladie, et, par une bonne induction d'une série d'autopsies faites avec soin, il confirme son opinion sur la cause de cette affection; il a, sans controverse, prouvé qu'elle dépendait de quelque lésion organique des vaisseaux nourriciers du cœur. Chez tous les malades morts de syncope angineuse où le corps a été examiné avec soin, les artères coronaires ont été trouvées ossifiées ou cartilagineuses. » A l'époque de Burns, en 1809, on ne tenait pas compte de l'oblitération qui existait cependant dans un bon nombre de cas.

Parry a rapporté trois cas, dont deux lui appartiennent et un troisième à un de ses amis.

Chez un homme de 66 ans, Parry trouva à l'autopsie les deux artères coronaires ossifiées par intervalles sur une étendue de quatre pouces; leur diamètre était diminué au point qu'un très petit chalumeau ne pouvait passer. Le cœur était très chargé de graisse; les cavités étaient pleines de sang fluide. Ce cas est un peu singulier par sa terminaison fatale dans le court espace de trois jours à partir du moment où les premiers symptômes se sont manifestés, au moins d'une manière notable; il diffère, sous ce rapport, de la généralité des cas.

Chez un homme de 66 ans, les artères coronaires contenaient des dépôts osseux en forme de tubes; le calibre était tellement diminué que le plus petit stylet ne pouvait pas passer.

Chez un homme de 50 à 60 ans, les parois des artères coronaires étaient épaissies et cartilagineuses; à la surface interne était une incrustation de matière tenace analogue à celle qui se forme dans la trachée du croup et qui diminuait la cavité de ces vaisseaux considérablement.

« Ce sont là, dit Reeder, tous les cas (12) d'angine de poitrine, par ossification des artères coronaires, que je pense nécessaire de mentionner; j'ajoute cependant que, parmi quelques cas d'angine de poitrine que j'ai observés, il en était quelques-uns pour lesquels je n'avais aucun doute sur l'ossification des artères coronaires comme origine, en raison de l'étroite similitude de leurs symptômes avec ceux des cas les mieux marqués que nous venons de décrire et avec ceux que nous avons décrits comme carac-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

téristiques de la maladie quand elle provient de cette cause : la douleur poignante ou aiguë dans la région du cœur, invariablement suscitée par un exercice musculaire vif, s'étendant en bas du bras gauche, forçant les malades à s'arrêter, disparaissant immédiatement ou très vite après, sans difficulté de respiration réelle ni palpitation du cœur. Quelques-uns sont morts subitement; je regrette de dire qu'il n'y a pas eu d'autopsies. Je ne pense pas nécessaire de donner ici l'observation détaillée des symptômes et du traitement, puisque je ne puis pas donner en même temps l'autopsie. J'ai eu l'occasion de voir les artères coronaires ossifiées, c'étaient celles d'une personne non soumise à mon observation. »

C'est en s'appuyant sur les faits que nous venons de résumer en partie que Reeder a posé les conclusions suivantes :

Beaucoup de désaccord a longtemps subsisté touchant la variété et la nature précise des causes de l'angine de poitrine. Ce terme comprend un ou deux symptômes prédominants, et peut être employé pour toute maladie qui produit la douleur, l'angoisse, une sensation d'étranglement avec anxiété dans cette partie de la poitrine. Un médecin, par exemple, est autorisé à l'employer pour tout état morbide où ces symptômes sont les traits le plus frappants; pendant qu'un autre praticien rencontrant des phénomènes pareils, bien que provenant d'un état morbide très différent dans son siège, peut-être dans sa nature, est également autorisé à l'employer.

Bien que ce soit un terme vague et assez mal défini, comme il a été accepté par beaucoup de médecins depuis nombre d'années, il serait peut-être inopportun d'y substituer un ou plusieurs autres. Nous devons nous efforcer de montrer les causes variées de l'angine de poitrine; dessiner les autres signes produits par ces causes différentes; dépeindre les marques distinctives de chaque cause, de manière à pouvoir les différentier, et enfin décrire le traitement qui convient à chacune

Comme plusieurs états morbides ou causes donnent naissance à ces symptômes particuliers auxquels on a imposé le nom d'angine de poitrine, nous préférons décrire la nature spéciale de ces causes avant de donner le détail complet de tous les autres symptômes, et de leurs modifications.

On entend généralement par angine de poitrine une maladie dans laquelle il y a une douleur ou une sensation d'angoisse plus ou moins sévère dans la région du cœur et s'étendant fréquemment le long de la poitrine, jusqu'à l'épaule et en bas du bras gauche, faisant invasion par paroxysmes séparés par des intervalles de bien être parfait.

Comme causes-chefs, on peut indiquer :

I. — L'ossification ou toute autre lésion des artères coronaires, diminuant beaucoup leur calibre; ou l'ossification de cette portion de l'aorte où naissent ces vaisseaux de manière à diminuer le diamètre de leurs orifices aortiques.

II. — L'ossification et l'élargissement des valvules du cœur et de celles placées à l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte; le rétrécissement des différents orifices. La dilatation du cœur qui accompagne ces états morbides.

III. — L'anévrysme et l'ossification de l'aorte thoracique.

IV. — La lésion des organes chylopoiétiques, spécialement de l'estomac, produisant l'indigestion.

a) L'état morbide des artères coronaires, auquel nous venons de faire allusion, consiste très communément en l'ossification qui diminue plus ou

moins leur capacité et qui quelquefois s'étend sur une longueur de plusieurs pouces. En outre, elles ont été trouvées dans un état ressemblant à celui du cartilage, et leur surface interne, en même temps, couverte d'une exsudation lymphatique tenace par laquelle leur calibre était considérablement diminué; le résultat était le même que s'il y avait un dépôt de matière osseuse. Si l'aorte était ossifiée dans la partie d'où naissent les artères coronaires, de manière à diminuer le diamètre de leurs orifices aortiques, les mêmes effets seraient produits que si les artères étaient malades elles-mêmes, par la raison que la substance du cœur ne recevra pas sa quantité accoutumée de fluide sanguin.

Il a été allégué par quelques-uns que l'ossification des artères coronaires peut quelquefois exister sans angine de poitrine. Les cas dans lesquels aucun symptôme n'a été noté quand ces vaisseaux étaient si altérés sont excessivement rares, je crois, en comparaison du nombre de ceux où les signes caractéristiques ont été évidents. Si le calibre des coronaires n'était pas diminué par leur ossification partielle ou complète, le cœur recevrait la quantité nécessaire de sang et dès lors il n'y aurait aucune raison des symptômes morbides; une artère, dans quelques cas, peut, quoique plus ou moins ossifiée, n'avoir son diamètre que peu ou même point du tout diminué; ou si une des artères coronaires seule est malade, l'autre, qui est tout à fait saine, peut fournir une quantité suffisante de sang à la substance du cœur, surtout si le calibre en est augmenté, et dès lors il n'y a aucun symptôme morbide. C'est ainsi que je comprends pourquoi l'ossification de ces artères ne produisait pas dans ces cas les symptômes de l'angine de poitrine. Mais quand ces artères sont ossifiées et que leur diamètre est en même temps diminué, nous avons la preuve indubitable que l'angine de poitrine a été ainsi produite, et les cas sont nombreux.

L'angine de poitrine, dans les trois autres états morbides, n'est pas invariable ou est seulement un peu occasionnelle; des quelques individus qui peuvent être atteints, peut-être une partie seulement peut avoir les symptômes qui permettent d'employer le terme d'angine de poitrine, tels que la douleur ou l'angoisse dans la région du cœur.

Les différentes causes ou états morbides que nous avons mentionnés peuvent, dans quelques cas, être plus ou moins associés et donner naissance à une combinaison de symptômes, les mêmes causes qui désorganisent une partie peuvent désorganiser de même une autre partie.

J'ai établi que l'angine de poitrine peut être considérée comme dépendant surtout des causes que nous avons énumérées; il est possible que l'action spasmodique qui donne naissance à la douleur puisse envahir le cœur (dépourvu de toute lésion), aussi bien que d'autres parties du corps, comme par exemple l'estomac, sans cause connue; mais cela est rare.

Quelques auteurs ont admis l'hydrothorax comme étant quelquefois une cause de douleur dans la région du cœur, mais cette douleur doit probablement être plus communément attribuée à quelqu'autre maladie qui produit aussi l'épanchement dans la poitrine. Une grande quantité de graisse enveloppant le cœur a été aussi alléguée comme produisant l'angine de poitrine; certainement quand cet organe est si chargé de graisse et en même temps excité à une augmentation d'effort, un plus ou moins grand degré d'anxiété, et quelquefois une disposition à la syncope peuvent en résulter; mais quand il y a une douleur très aiguë dans la poitrine, s'étendant jusque dans les bras, elle peut être considérée comme étant en général

produite par quelqu'une des causes indiquées; l'obésité n'est plus qu'un accompagnement accidentel.

b) Quand une des valvules du cœur est assez atteinte ou quelqu'un des orifices assez rétréci pour empêcher le libre passage du sang à travers les cavités, un degré plus ou mois grand d'angoisse ou de douleur dans la région du cœur, s'étendant parfois dans le bras gauche ou dans les deux bras, accompagne souvent les autres symptômes.

c) Un état anévrysmal et ossifié de l'aorte amène non rarement de la douleur et beaucoup d'anxiété dans la poitrine, s'étendant quelquefois jusqu'à l'épaule et jusqu'en bas de l'un ou des deux bras.

d) L'indigestion, qu'elle vienne d'une affection primitive de l'estomac, ou de cet organe influencé secondairement par d'autres maladies, telles que celles du foie ou des autres viscères de l'abdomen ou même du pelvis, amènent fréquemment une douleur plus ou moins aiguë dans la région du cœur, s'étendant parfois jusqu'à l'épaule et en bas du bras gauche. Les palpitations et les irrégularités l'accompagnent quelquefois. Une douleur sympathique peut pénétrer dans la région du cœur quand quelques-uns des viscères de l'abdomen ou du pelvis sont malades, et sans que l'estomac soit aucunement atteint, ou du moins pas assez pour supposer que ce soit par l'intermédiaire de cet organe; dans ce cas, la douleur doit être considérée comme dépendante d'une sympathie directe entre l'organe malade et le cœur. Cette occurrence doit être tenue pour rare en comparaison des autres cas.

H. Reeder connaissait les angines de poitrine vraies et les fausses. Dès 1821 il indique, comme les autres auteurs, la lésion des artères coronaires comme cause, sinon unique, du moins la plus influente de l'angine de poitrine; mais, de plus, il admet que la lésion des artères n'a ce pouvoir que si elles sont rétrécies. Sa conclusion est ferme. Nous avons rencontré Reeder sur notre route, nous sommes heureux de lui tendre la main. Est-il connu de ses compatriotes? Il était membre de la Société médicale et chirurgicale de Londres et membre extraordinaire de la Société médicale d'Edinburgh. Son traité a été publié à Londres en 1821.

Concours d'agrégation en médecine à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce.

Un concours d'agrégation en médecine s'ouvrira, le 3 novembre prochain, à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce.

Le jury sera composé des cinq membres suivants : M. Colin, l'éminent membre de l'Académie de médecine; M. le professeur Kelsch, l'épidémiologiste bien connu; M. Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce; M. Jeunehomme, médecin à la garde républicaine; M. Driout, de l'hôpital Saint-Martin.

C'est avec la plus vive surprise que nous apprenons que deux des membres du jury ne sont pas agrégés, c'est-à-dire n'ont pas subi le concours qu'ils sont appelés à juger.

C'est là une anomalie qui nous étonne et qui est contraire à tous les usages universitaires. Jamais, dans aucune Faculté des lettres, des sciences ou de médecine, on n'admettrait comme juges d'un concours des personnes n'ayant pas subi avec succès ces mêmes épreuves et n'ayant pas fourni ainsi, ou par leurs travaux scientifiques, la preuve publique de leur compétence.

Certes, la lettre du règlement de 1878 permet une semblable énormité, mais non l'esprit.

En décidant que deux membres du jury d'agrégation seraient pris parmi les méde-

cins du grade de médecin-major de 1re classe au moins, le ministre a-t-il eu l'intention de forcer, pour apprécier la valeur de candidats instruits, à siéger côte à côte sur le pied d'égalité, des savants distingués et des médecins sans notoriété scientifique? A-t-il voulu établir, par ce règlement, qu'il suffirait à un médecin militaire de passer quelques années en Afrique ou dans toute autre contrée exotique pour en revenir, sans travaux ni titres scientifiques, avec toute l'érudition que doit posséder un juge de concours d'agrégation, alors qu'il ferait peut-être assez modeste figure à la place des candidats?

Non! car ce serait ainsi jeter le plus grand discrédit sur le concours d'agrégation, et rendre stérile à bref délai cette féconde pépinière d'où sortent les professeurs du Val-de-Grâce. De par l'esprit du règlement, c'est parmi les anciens agrégés, parmi les plus éminents médecins militaires que doivent être choisis les juges du concours étrangers à l'Ecole.

C'est ainsi qu'il en allait du reste autrefois où, sous M. Legouest, on appelait à Paris, pour récompenser leurs mérites et en vue des fréquentes fonctions d'examinateurs qui leur incombent, les membres les plus instruits du corps de santé, aujourd'hui systématiquement relégués en province.

Il y a du reste à cet état de choses des causes sur lesquelles nous pourrons revenir, s'il en est besoin. Bornons-nous aujourd'hui à signaler au général Ferron cette anomalie qu'il ignore assurément, et qui est un grand danger pour la médecine militaire, à savoir : qu'*au prochain concours d'agrégation au Val-de-Grâce et dans les concours qui suivront, s'il n'y met ordre, siégeront des juges qui n'ont fourni aucune preuve de leur compétence.*

Dr Didelon.

Neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie

TENU A WASHINGTON DU 5 AU 10 SEPTEMBRE 1887 (1).

Section de chirurgie et de médecine militaire et navale.

Président : Le docteur Henry H. Smith, de Philadelphie.

Dans son discours d'ouverture, le président remarque qu'il n'y a pas de pays où le corps médical militaire ait fait de plus rapides progrès. Les chirurgiens américains ont rendu de grands services dans les guerres européennes. La grande valeur de l'histoire médico-chirurgicale de la guerre de la Sécession est reconnue de tous. Le docteur Smith termine par une dissertation sur les hôpitaux sous tentes, en temps de guerre.

Principales communications : Docteur Marston (de Londres) lit un article du chirurgien-major Francis Patrick Staples (d'Irlande), traitant de l'*analyse des eaux en campagne.*

Major Morse K. Taylor, chirurgien dans l'armée des États-Unis (de San Antonio) sur la *nécessité d'un examen plus minutieux des eaux des postes militaires, là où il existe une quantité anormale de maladies, et de l'examen des conditions hygiéniques environnantes.* Il fait remarquer que les postes, pourvus d'eau pure en quantité suffisante, se trouvent dans des conditions sanitaires excellentes.

Dans la discussion qui s'ensuit, le docteur W.-H. Lloyd, inspecteur général de la marine anglaise, rappelle que l'on fait toujours l'analyse de l'eau destinée aux matelots.

Le docteur Joseph R. Smith trouve qu'il est difficile de décider si une eau est bonne ou non, car il impossible de se servir du microscope en campagne.

Le docteur Marston (d'Angleterre) passe en revue certaines épidémies observées parmi les soldats, et dont l'origine provenait d'eau impure.

Le docteur Joseph R. Smith, de l'armée des États-Unis, fait une communication sur *la meilleure nourriture pour le soldat.* Les proportions moyennes de carbone et d'azote doivent être de 330 grammes pour la première substance et de 200 grammes pour la seconde. — Le docteur John Denis Macdonald, de l'armée anglaise, sur *une nouvelle forme de brancard.* — Le docteur Jeffrey A. Marston, du ministère de la guerre anglais, sur *les*

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 septembre, 15, 20 et 25 octobre 1887.

hôpitaux en cabanes. — Le docteur James Collins (de Philadelphie) sur *la construction des hôpitaux de campagne. Hôpital de campagne de l'armée du Potomac, à City Point, Virginie, en 1864-1865.* Il était composé exclusivement de tentes où l'on soigna 71,223 hommes.

Docteur Robert Reyburn (de Washington) : *Les plaies produites par les balles explosibles sont-elles de nature à exiger des lois internationales qui interdisent l'emploi de ces projectiles?* Les balles explosibles produisent des plaies lacérées suivies de suppuration étendue; elles devraient être interdites. — Docteur Charles W. Voorhees (de New-Brunswick), sur le même sujet; mêmes conclusions.

Le docteur Marston, du ministère de la guerre anglais, dit qu'aucune nation civilisée n'a employé ce genre de projectile depuis la guerre de Crimée.

Docteur Jeffrey A. Marston (d'Angleterre), sur *l'âge de l'acclimatation du soldat par rapport au service.* L'homme âgé de 27 à 30 ans fait le meilleur soldat. L'auteur discute ensuite l'influence du climat sur les troupes, surtout dans l'Inde. Les maladies les plus communes sont la fièvre typhoïde, l'hépatite et les troubles cardiaques.

Les auteurs des trois mémoires suivants étant absents, on en lit les titres :

1° *Faut-il qu'un soldat, en temps de guerre, porte sur lui un premier pansement? Dans ce cas, faudrait-il qu'un pansement fît partie de l'équipement du soldat en campagne? En quoi ce pansement doit-il consister et où le soldat doit-il le porter?* par sir Thomas Longmore, professeur de chirurgie militaire à l'Ecole militaire de l'armée.

2° *Du premier pansement temporaire sur le champ de bataille,* par le professeur Von Esmarch (de Kiel).

3° *Du traitement antiseptique des plaies en temps de guerre,* par le docteur M.-W.-C. Gori (d'Amsterdam).

Docteur John Anderson (de Londres), sur *l'insolation dans l'Inde.* Après avoir passé en revue les différentes variétés d'insolation, l'auteur fait remarquer que le soldat doit se vêtir légèrement et manger peu. Il condamne fortement l'emploi de l'alcool, la meilleure boisson consiste en thé froid avec du jus de citron. Comme médication, il administre des injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine (15 à 25 centigr.).

Le docteur Marston partage l'avis de son compatriote sur l'administration du bromhydrate de quinine. On a rapporté, il est vrai, des cas de tétanos résultant de ce traitement; si la solution avait été pure et les instruments propres, ces accidents ne seraient pas arrivés.

Les docteurs H.-E. Goodman, Moses K. Taylor, Sherwood, James Collins, George T. Langridge, Eli A. Wood, Max J. Stein et W.-H. Lloyd prennent part à la discussion.

Le docteur Austin Flint (de New-York) fait une communication sur la *fièvre, ses causes, son mécanisme et son traitement raisonné.*

Après une discussion sur la chaleur animale, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Les fièvres sont des maladies de durée limitée, surtout lorsqu'elles appartiennent à la classe des affections aiguës. Leur cause réside en un micro-organisme qui perd son activité au bout d'un temps déterminé.

2° Jusqu'ici nous n'avons pu arriver à détruire directement les organismes morbifiques qui donnent naissance aux fièvres continues; nous ne pouvons que modérer leur action et soutenir le pouvoir de résistance du malade.

3° La production de la chaleur animale entraîne une oxydation de parties de l'organisme ou d'aliments, qui est représentée par la formation et l'excrétion de matières azotées, d'acide carbonique et d'eau.

4° L'eau formée dans le corps par un processus d'oxydation doit être considérée comme principe excrémentitiel, en ce qui concerne sa relation à la nutrition générale et à la production de la chaleur animale.

5° La fièvre, telle qu'elle se présente dans les fièvres dites essentielles, est un état de production excessive de chaleur qui engendre une nutrition défectueuse, une production anormale de matières excrémentitielles azotée et d'acide carbonique, et leur élimi-

nation une perte et une dégénérescence des tissus et la suppression partielle ou complète de la formation d'eau.

6° En dehors de complications et d'accidents, les phénomènes ataxiques de la fièvre varient suivant l'élévation de la température. Leur amélioration dépendra donc de l'emploi d'agents qui abaisseront la température.

7° L'application du froid à l'extérieur et l'administration de fébrifuges n'ont pas d'influence sur la cause spéciale de la fièvre, mais modifient seulement les accidents dépendant de l'hyperthermie.

8° Chez l'individu sain, la consommation des tissus qui servent à la production de la chaleur animale est contrebalancée par une production plus considérable d'eau.

9° Dans la fièvre, au contraire, la formation et l'excrétion de l'eau se font d'une manière insuffisante; la destruction et la dégénérescence des tissus en sont accrues.

10° L'alimentation dans les fièvres est rendue difficile par les troubles qui existent du côté des organes digestifs. Il faut donc administrer des aliments de digestion facile ou des substances que l'on a fait digérer en partie antérieurement.

11° Parmi les hydro-carbures, l'alcool s'oxyde promptement et s'absorbe sans préparation digestive antérieure.

12° En proportion exacte de son oxydation dans le corps, l'alcool fournit la matière consommée par la production excessive de chaleur dans la fièvre et empêche ainsi la destruction et la dégénérescence des tissus.

13° L'introduction de substances consommées par la production de chaleur dans la fièvre, diminue plutôt qu'elle n'augmente l'intensité de l'hyperthermie.

14° Comme l'oxydation de l'alcool engendre nécessairement la production d'eau, son action dans la fièvre tend à restaurer le processus normal de production de la chaleur dans lequel l'eau joue un rôle si important.

15° Le grand désidératum, dans le traitement de la fièvre, consiste à limiter et à réduire l'hyperthermie par les moyens directs et indirects; à limiter et à réparer la destruction et la dégénérescence des tissus par l'alimentation; à fournir les matières que consomme la production anormale de chaleur, et à placer ainsi l'organisme dans les conditions les plus favorables à sa convalescence après la disparition de la maladie.

Le traitement des plaies pénétrantes des articulations, par le professeur Frédéric Hyde (de l'Université de Syracuse, New-York). Il commence par arrêter toute hémorrhagie et nettoie soigneusement la plaie, qu'il agrandit si c'est utile. Il conseille l'appareil plâtré pour obtenir l'immobilisation du membre.

Docteur W.-S. Tremaine, de l'armée des Etats-Unis : *La laparotomie pour plaies de l'intestin par armes à feu est-elle possible dans la pratique militaire? Sa technique.* — Docteur Francis Patrick Staples, sur le *traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen avec plaie de l'intestin.* — Docteur S.-T. Armstrong, de l'armée des Etats-Unis, sur le *traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.* Il varie suivant la partie lésée.

Docteur Henry James (de Waterbury), sur les *plaies abdominales par armes à feu pénétrantes et non fatales traitées sans la laparotomie.* Il a réuni 27 observations, avec 18 cas de complications du côté des viscères et des organes du bassin et de l'abdomen. Il n'a jamais pratiqué la laparotomie, sauf pour extirper des fragments d'os, les projectiles ou d'autres corps étrangers.

Dans une discussion sur les *plaies pénétrantes de l'abdomen,* le docteur Thomas G. Morton (de Philadelphie) remarque que le premier point à prendre en considération est l'état général du malade; le succès de l'opération en dépend grandement. Puis il faut être certain qu'il existe une perforation de l'intestin ou d'un autre organe abdominal; si le chirurgien en est persuadé, il ne doit pas hésiter à opérer, car le danger d'une hémorrhagie ou de l'extravasation de matières fécales dans le péritoine est toujours présent. Il conseille une large incision et le lavage de la cavité avec une solution chaude de sublimé au dix-millième. L'opération ne pourrait se faire que difficilement sur le champ de bataille, mais elle ne serait pas impossible. Le docteur Morton est partisan de la laparotomie dans la perforation de la fièvre typhoïde.

Le président, docteur Smith, partage les vues émises par le docteur Morton, qui a eu des succès très grands dans le traitement des plaies abdominales.

Le docteur Moore (de Richmond) fait une communication sur le *traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.* Il donne des chiffres tirés des statistiques des armées française et anglaise. Aucun chirurgien n'a eu l'expérience voulue dans cette opération relativement nouvelle pour trancher la question. Le diagnostic de perforation est en lui-même difficile à faire. L'incision doit être aussi petite que possible.

Les docteurs Varian, Watson et Bentley discutent ce mémoire.

Mémoire du docteur J.-D. Bryant (de New-York) : *Des causes et du traitement de l'érysipèle.* — Du docteur William Varian (de Titusville), sur l'*étiologie et le traitement de la gangrène d'hôpital pendant la guerre.* Il passe en revue les conditions qui facilitent son développement et discute la possibilité de l'existence d'un agent septique spécial. L'affection est locale, non systémique, et engendre un contagium auto-génératif par lequel elle s'étend. Le traitement médical est inutile; il faut pratiquer la destruction complète des tissus malades au bistouri et aux acides. — Du docteur Charles W. Buvinger (de Pittsburgh), sur l'*étiologie et le traitement de la dysenterie et de la diarrhée des camps.* Leur origine est pour ainsi dire inconnue, car on n'a pas découvert de micro-organisme qui les engendre. — Du docteur Joseph R. Smith (de New-York), sur la *meilleure forme de rapport sur les malades et blessés dans les armées.*

Le docteur Chas.-W. Brown (d'Elmira), lit un essai intitulé : *L'étiologie et le traitement du tétanos.* Il considère que le tétanos est une maladie spécifique, contagieuse et infectieuse, causée, d'après Rosenbach, par un microbe. Il cite les expériences pratiquées sur des animaux. Cette affection est souvent confondue avec la méningite cérébro-spinale. Quant au traitement, la plaie doit être pansée antiseptiquement, le malade doit être isolé; on a employé la quinine en doses énormes (17 grammes) avec de bons résultats. Du reste, une longue série de drogues a été recommandée par divers observateurs.

Discussion sur l'*origine microbienne du tétanos*, par le docteur J. Mc Gaston (d'Atlanta), qui remarque que beaucoup de savants semblent considérer l'origine bacillaire du tétanos comme prouvée, tandis qu'elle est loin de l'être. Il est vrai qu'on a trouvé un microbe spécial, qui se présente pendant le cours de la maladie; mais il peut en être le résultat et non la cause. Quant à la contagion et à l'infection, le fait que le tétanos se déclare où il en existe déjà ne prouve pas qu'il ne soit pas causé par des conditions atmosphériques prédisposantes. Il se peut toutefois que le tétanos résulte du développement d'une ptomaïne. Comme traitement, il conseille l'emploi du chloroforme et l'administration de chloral et de bromure en fortes doses. Sur 18 cas qu'il a traités ainsi, 10 ont guéri.

Le docteur J.-W.-S. Gouley (de New-York) lit un mémoire intitulé : *La considération pratique ds la nosographie humaine*, et le docteur R. Brockway Boutecou (de Troy), sur ce sujet : *Quelle est la classe de plaies par armes à feu qui justifie la résection ou l'excision dans les campagnes modernes?* Il énumère longuement l'avantage des excisions qui donnent d'excellents résultats depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique. Il cite des observations de plaies par armes à feu du crâne, de la clavicule, de l'omoplate et de l'épaule. Les résections dans les membres inférieurs ne donnent pas de bons résultats au point de vue du raccourcissement du membre. Il ne faut non plus pas oublier le succès que l'on obtient, sans recourir à l'intervention opératoire, par les pansements antiseptiques.

Le docteur Henri Jones (de Waterbury) fait une communication sur les *fractures par armes à feu du fémur.* Pendant les années 1862 et 1863, il a traité, dans ses deux hôpitaux de campagne, 427 cas de ce genre. Il donne en détail le nombre des blessés traités suivant des méthodes différentes et la mortalité comparative. Il conclut de la manière suivante :

Les plaies antéro-postérieures ne guérirent pas mieux que les plaies transverses. Les fractures causées par des projectiles lancés à toute vitesse étaient plus dangereuses que

celles produites par une balle allant plus lentement. La mortalité était plus grande chez les prisonniers.

Les fractures par armes à feu se réunissent quelquefois plus vite que les fractures simples.

Il ne se produisit qu'un cas de pseudarthrose sur 263 cas traités dans des appareils.

Des hémorrhagies secondaires ne se déclarèrent que 9 fois.

Il y eut un seul cas de tétanos.

Le mauvais temps et une ventilation défectueuse engendrèrent la gangrène d'hôpital dans l'automne de 1863.

Le raccourcissement était, en général, de plus d'un pouce.

La formation du cal était souvent irrégulière et excessive.

La majorité des blessés ont été soignés sous tente.

Le docteur E.-H. Gregory (de Saint-Louis) : *L'amputation pour traumatisme de parties vivantes n'est jamais nécessaire.* Il passe en revue les nombreux procédés modernes qui rendent si souvent possible la conservation des parties lésées.

La supériorité des appareils plâtres bavarois pour les fractures de la jambe par armes à feu, par le docteur James H. Gregory (d'Omaha).

Le docteur Richard Francis Tobin (de Netley) présente *quelques remarques sur le pansement le plus commode des fractures des extrémités inférieures sur le champ de bataille au point de vue du transport des blessés.*

Ensuite, le docteur Eli A. Wood (de Pittsburg) présente, au nom des membres de la section, un vase d'agathe au président, le docteur Henry H. Smith, et une copie de résolutions remerciant le docteur Smith de l'intérêt qu'il a pris dans l'organisation de la section.

Le président prononce un discours de remerciement.

Le docteur E. Griswold fait une communication qui a pour titre : *Quelles sont, sur le champ de bataille, les indications pour amputation dans les plaies par armes à feu.* Il passe en revue les conditions qui justifient l'intervention et recommande l'observation d'une stricte antisepsie.

Les docteurs Bontecou, E.-A. Wood, Collins, Biedler et Griswold prennent part à la discussion. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend :

Une lettre de candidature de M. Terrier pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. le Président annonce qu'à l'occasion des fêtes de la Toussaint la prochaine séance aura lieu samedi prochain, à trois heures.

— M. Proust lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport relatif à l'exploitation des diverses sources minérales.

— M. Bourru lit une note *sur quelques maladies des centres nerveux, de nature paludéenne.*

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

L'infection paludéenne peut déterminer dans les centres nerveux des lésions congénitales ou inflammatoires.

Les lésions à leur début sont justiciables du traitement spécifique de l'infection et peuvent guérir avec elle.

Dans d'autres cas, soit que le traitement ait été appliqué trop tard, soit que les accidents aient été trop violents dès le début, ils peuvent persister malgré le traitement spécifique, évoluer indépendamment de leur cause infectieuse.

— M. Fournier donne lecture d'un *document statistique sur les sources de la syphilis chez la femme.*

C'est un préjugé généralement répandu, surtout chez les gens du monde, que la syphilis est une maladie frappant exclusivement les débauchés, et que ceux-là seuls en sont atteints qui vont au-devant d'elle. Dès lors, à quoi bon prendre des mesures de prophylaxie dans l'intérêt d'individus qui s'exposent d'eux-mêmes au danger? Ce préjugé est absurde et doit être sévèrement dénoncé et combattu. Mais chacun, dans le corps médical, connaît ces cas de syphilis contractés par des nourrices, des médecins, des sages-femmes, et ces cas plus nombreux encore de contaminations domestiques. Or, un des points les plus intéressants de la question, est celui qui consiste à connaître, étant donné nombre de syphilitiques femmes observées dans un milieu déterminé, la proportion de celles qui contractent l'affection en se plaçant dans des conditions irrégulières et de celles qui l'ont reçue honnêtement.

Ces observations sont impossibles à l'hôpital; elles sont plus aisées dans la clientèle de la ville, où l'on peut s'enquérir plus complètement des conditions sociales dans lesquelles vit chaque malade.

C'est d'après les notes recueillies pendant vingt-sept ans de pratique médicale sur sa clientèle privée que M. Fournier a puisé les renseignements qu'il fournit aujourd'hui.

Les 887 femmes, syphilitiques avérées, qu'il a été à même de traiter, peuvent se diviser en deux groupes bien nets.

Chez 842, la syphilis reconnaissait une origine sexuelle; chez les 45 autres, elle était d'origine non vénérienne. Et cette dernière origine avait elle-même des causes très diverses : héréditaire, donnée par le nourrisson à sa nourrice, contractée par une sage-femme dans ses fonctions, inoculée par la vaccination, provoquée par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. C'est là ce qu'on peut appeler la syphilis des innocents, syphilis *insontium*, syphilis imméritée. Ces cas entrent dans l'ensemble des cas de syphilis pour la proportion de 5 p. 100 environ.

Quant au premier groupe, qui comprend 842 observations, il fournit d'intéressantes observations sur l'état social des femmes contaminées. On peut les ranger en trois catégories : 366 appartenaient au monde galant; 220 étaient mariées; 256 étaient sans condition sociale connue.

Cette dernière catégorie peut paraître singulière; elle s'explique cependant facilement, si l'on songe aux difficultés que rencontre souvent le médecin lorsqu'il cherche à s'enquérir de l'état social d'une cliente.

Il reste donc 586 cas sur lesquels 366 comprennent toutes les catégories de femmes galantes. Il est à remarquer en passant que, sur ce chiffre, la plus haute moyenne est fournie par les femmes de théâtre, 65 cas. C'est ce qu'on pourrait appeler la prostitution sur les planches.

Restent 220 cas concernant les femmes mariées, ou se disant telles. On peut, pour donner plus de poids à cette statistique, éliminer 10 cas dans lesquels les femmes, dans cette condition, devaient l'affection à un amant, 10 cas dans lesquels le mari fut trouvé sain, 2 cas où il fut impossible d'établir quel était celui des conjoints qui l'avait transmise à l'autre; enfin, 34 cas où le mari ne put être examiné. Par conséquent, dans 164 cas, la maladie a bien nettement été transmise à la femme par le mari. Tous ces cas, M. Fournier les a examinés avec soin, et il a reçu des maris des confidences ne pouvant laisser planer aucun doute sur leur infection. Parmi eux, 82 avaient contracté la syphilis *ante nuptias* et s'étaient mariés prématurément; 39 l'avaient acquise *post nuptias* le plus souvent à la suite d'une escapade amoureuse. Ce chiffre de 164 cas de femmes mariées syphilitiques peut être encore réduit pour éloigner toute idée d'exagération. Si l'on ajoute aux 366 cas observés chez des femmes galantes les 256 cas notés chez des femmes sans état social déterminé, on obtient ce résultat que la moyenne des femmes mariées syphilitiques atteint 19 à 20 p. 100; soit 1 femme mariée sur 5 syphilitiques! Proportion énorme et qui est très certainement encore inférieure à la réalité. Si l'on ajoute à ces 19 p. 100 les 5 p. 100 des syphilis imméritées mentionnées il y a un instant, on arrive à cette conclusion que 24 p. 100 des cas de syphilis frappent des personnes honnêtes.

Tels sont les chiffres sur lesquels s'appuie M. Fournier pour combattre les théories de ceux qui s'opposent à la prophylaxie publique de la syphilis. L'on a objecté qu'une semblable mesure favoriserait précisément les débauchés, les gens peu dignes d'intérêt.

Mais une pareille doctrine repose évidemment sur l'ignorance absolue des conditions dans lesquelles se propage la syphilis. M. Fournier la juge cruelle et absurde, — cruelle, car elle tend à flétrir le syphilitique et à le considérer toujours comme un débauché; car elle condamne toujours et ne pardonne jamais; car elle nous ramène au bon vieux temps où l'on considérait les malades atteints de la *grosse vérole* comme des damnés que l'on devait à tout prix éloigner; absurde, car elle méconnaît ce fait que la syphilis vit et s'entretient de ricochets : « qu'elle va de n'importe qui à n'importe qui ». Aussi M. Fournier réclame-t-il un peu plus d'indulgence pour ces malheureux syphilitiques qui ne valent ni mieux ni moins que les autres; qui ont été frappés souvent dans un premier écart, et qui, comme il vient de le démontrer, sont fréquemment victimes d'une maladie imméritée.

Il faut donc de toute nécessité établir une prophylaxie sévère qui serait utile à un public peu intéressant, c'est vrai, mais préserverait aussi du fléau bien des gens dignes de protection; « c'est-à-dire, pour ne citer que deux classes, mais les plus intéressantes « entre toutes, les femmes honnêtes et les enfants, victimes innocentes par excellence « du redoutable fléau. — Instituer une prophylaxie publique de la syphilis, c'est en réa- « lité protéger *tout le monde*, voilà la vérité; c'est entreprendre une croisade d'utilité « publique, une croisade digne des efforts de tous, médecins, hygiénistes, administra- « teurs; c'est, en un mot, *assainir* d'une façon générale, et assainir dans un intérêt « général. »

— M. Hayem fait une communication *sur la diarrhée verte chez les enfants du premier âge.*

M. Lesage, interne de M. Sevestre, a tout spécialement étudié ce sujet et est arrivé à des conclusions nouvelles sur cette affection.

Les auteurs ont émis des opinions contradictoires sur ce sujet. M. Damaschino a signalé, en 1884, un microbe spécial dans la diarrhée verte. Or, il existe deux sortes de diarrhée verte : l'une bilieuse, l'autre microbienne. Dans cette dernière, on ne trouve pas le pigment biliaire. Mais on y rencontre constamment un bacille qui a été isolé et cultivé. Ce bacille se reproduit par scissiparité et par sporulation. Au moyen de diverses cultures, il produit un pigment spécial, toujours vert, très avide d'oxygène, qui rend cette couleur encore plus foncée. Le meilleur milieu de culture est la pomme de terre. Ce bacille est-il cause ou effet? L'expérimentation démontre que toujours son inoculation chez des lapins a produit des selles d'une coloration verte intense et dans lesquelles on a retrouvé le bacille. Sa voie d'élimination est donc l'intestin. Le suc gastrique ne le tue pas, il ralentit seulement sa culture.

Au point de vue symptomatologique, on trouve deux modes de début de la diarrhée verte chez l'enfant qui, suivant sa gravité, peut être divisée en légère, moyenne ou intense. La dernière est une variété de choléra infantile. Le transport du bacille par l'air est démontré et explique les épidémies de diarrhée verte observée dans les crèches. L'eau ne paraît pas remplir les mêmes conditions.

Quant au traitement, il découle de la nature de l'affection; il doit être antiseptique. C'est l'acide lactique qui semble aujourd'hui donner les meilleurs résultats; il l'emporte, en tous cas, de beaucoup sur tous les traitements administrés jusqu'à ce jour.

M. Guéniot a observé que, presque toujours, la diarrhée verte était survenue à la suite d'incorrection de régime et qu'en corrigeant celui-ci on arrivait à l'enrayer rapidement; il existe certainement des diarrhées vertes très rebelles peut-être d'origine microbienne, mais, à son avis, elles sont très rares. Il ne faudrait pas négliger la simple hygiène pour combattre un microbe non encore bien établi. Il voudrait d'ailleurs savoir dans quelle proportion existent les deux variétés de diarrhée.

M. Blot confirme de tous points ce que vient de dire M. Guéniot.

M. Hayem ne conteste pas qu'il puisse exister deux sortes de diarrhée; il insiste seulement sur ce fait qu'à un certain âge on trouve toujours un bacille dans les selles des

enfants atteints de diarrhée verte. A partir de six mois, par exemple, les mucosités contenues dans les selles semblent être des amas du bacille dont il a parlé. Il ne peut encore indiquer le rôle pathogénique de ce bacille ; des expériences ultérieures le démontreront.

M. Guéniot désirerait uniquement savoir la proportion des deux diarrhées; il ne voit pas que le traitement de la diarrhée microbienne puisse s'appliquer à la diarrhée bilieuse.

M. Blot cite un cas de diarrhée due uniquement à l'intempérance de l'enfant.

M. Bergeron confirme ce cas et est d'avis qu'il en existe des milliers du même genre; cela ne peut infirmer les résultats énoncés par M. Hayem.

M. Hayem n'a voulu parler que de la diarrhée verte bacillaire. Quant à la proportion que M. Guéniot désire lui voir établir, il ne peut le faire; ce serait une statistique difficile. Il a d'ailleurs signalé l'existence de la dyspepsie chez les enfants atteints de diarrhée verte microbienne, il a surtout tenu à signaler l'excellence de l'acide lactique dans le traitement de cette affection enrayée en vingt-quatre ou trente-six heures.

— M. Périer lit une observation ayant pour titre : *Excision d'un spina bifida lombaire, et réduction dans le canal rachidien de la portion herniée de la moelle et de ses enveloppes chez un enfant de 2 mois.*

L'enfant que M. Périer présente à l'Académie fut opéré le 18 septembre dernier; il portait à ce moment une tumeur que ni les ponctions ni les compressions n'avaient pu faire diminuer de volume et l'état général était bon. Les dangers de l'opération consistaient dans l'existence d'une portion de la moelle ou de ses enveloppes dans l'intérieur de la tumeur et dans la communication évidente de la tumeur avec le canal rachidien. L'opération comprit les temps suivants : incision transversale du tégument, dissection de la peau, incision de la poche, dissection du cordon venu de l'intérieur du canal rachidien, réduction à travers la fente du rachis, dissection de la membrane propre de kyste, oblitération du canal, sutures superficielles et profondes, drainage. Le pansement fut fait avec le salol et le coton hydrophile. Les suites furent simples. Six jours après, la cicatrisation était complète et la guérison est aujourd'hui parfaite.

— La séance est levée à cinq heures. — E. V.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le 25 octobre 1887, à neuf heures du matin, a eu lieu l'ouverture du concours des bourses de doctorat, dont la première épreuve est une composition écrite.

Le jury se compose de MM. les professeurs dont les noms suivent : M. Baillon, président; MM. Dieulafoy, Gariel, Guyon, Jaccoud, Mathias Duval et Charles Richet.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fête de la Toussaint.* — Billets d'aller et retour à prix réduits. — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les billets d'aller et retour, réduits de 25 p. 100, délivrés aux conditions du tarif spécial A nº 9, les 29, 30, 31 octobre, 1er et 2 novembre 1887, seront exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du jeudi 3 novembre.

Les billets de ou pour Paris conserveront leur durée de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Les dernières vacances paraissent avoir procuré aux académiciens, — bien que les Académies elles-mêmes n'aient pas été fermées — un repos salutaire, dont la science a profité, car les séances abondent en ce moment de communications intéressantes. Les ordres du jour sont très chargés, en particulier celui de l'Académie de médecine, qui, forcée de fermer ses portes mardi prochain à cause de la fête de la Toussaint, tiendra aujour d'hui samedi, dans l'après-midi, une séance supplémentaire.

L'Académie des sciences a consacré presque tout son temps, lundi dernier, à des travaux relatifs à la médecine. M. le professeur Bouchard, qui poursuit assidûment l'étude des antiseptiques dans leur application à la thérapeutique médicale, a démontré que le naphtol, grâce à son peu de solubilité, convenait tout particulièrement à l'antisepsie des cavités difficilement accessibles, le tube digestif par exemple. Cette substance est assez soluble pour que son introduction dans l'intestin puisse empêcher toute fermentation, mais ne l'est pas assez pour que son absorption par le sang la rende toxique.

Un élève du professeur Bouchard, M. Charrin, a lu ensuite une note sur la résistance de l'organisme à l'action des microbes, et les moyens d'augmenter cette résistance. C'est un pas dans la voie des vaccinations antivirulentes.

M. le docteur H. Peyraud (de Libourne) a envoyé à l'Académie des sciences une note sur le traitement préventif de la rage tanacétique par

FEUILLETON

CAUSERIE

Echos des Congrès. — Un jugement en faveur du corps médical. — Le concours de l'internat.

Consummatum est! Les Congrès de cette année sont terminés : les uns bien, les autres moins bien, mais aucun n'a laissé un aussi mauvais souvenir que celui de Washington. Nous avions bien prédit, en apprenant la démission du premier comité, composé des délégués du Congrès de Copenhague, et en voyant que tous les médecins et chirurgiens éminents des Etats-Unis s'abstenaient systématiquement de faire partie du Congrès, — nous avions bien prédit, disons-nous, que ce serait moins qu'un succès. Nos prévisions ont été bien au-dessous de la réalité. Un correspondant du *Bulletin médical* écrit à ce journal : « On nous dit que le Congrès de Washington a été un vaste four. Ce n'est pas tout à fait exact : c'est plus qu'un vaste four, c'est une mystification! » Le mot est gros. Mais nos informations personnelles, aussi bien de France que de Danemark et même d'Amérique, n'ont fait que confirmer cette opinion.

« Le Congrès était officiel, dit le correspondant du *Bulletin,* puisque le gouvernement des Etats-Unis avait officiellement demandé aux gouvernements européens d'envoyer au Congrès des délégués, ce qui fut fait. Mais en débarquant à New-York, première

l'hydrate de chloral, nouvel argument en faveur de l'analogie qu'il a établie entre la vraie rage et les accidents que produit l'essence de tanaisie. Cependant, si forte que soit l'analogie, nous ne pouvons nous empêcher d'être un peu de l'avis de M. Colin (d'Alfort), et de regretter qu'on ait donné à ces accidents le nom de rage, qui peut prêter à confusion. Plusieurs substances, comme l'a très bien fait remarquer M. Colin à l'Académie de médecine, le Hoang-Nan en particulier, peuvent déterminer des symptômes analogues à ceux que provoque le virus rabique, et il n'y aurait plus de raison pour ne pas donner à tous ces complexus le nom de rage.

L'Académie de médecine a eu aussi sa bonne part de contributions à la pathologie microbienne, par le remarquable mémoire que M. le professeur Hayem a lu au nom de son interne, M. Lesage, sur la diarrhée verte des enfants du premier âge. Il y avait grand intérêt à débrouiller le chaos de ces diarrhées si meurtrières. M. Hayem en fait deux catégories distinctes : l'une d'origine biliaire, admise par tous les médecins, et l'autre semblable à la première par la couleur des selles, mais qui s'en sépare nettement, au point de vue clinique, par sa résistance à tout traitement fondé sur le régime et les soins hygiéniques, et, au point de vue étiologique, par la présence d'un microbe cultivable. Sans doute, comme l'ont fait remarquer MM. Guéniot, Blot, Bergeron, il faudra avoir soin de ne pas commettre l'erreur inverse de l'ancienne, et prendre toutes les diarrhées vertes pour des diarrhées microbiennes; la proportion exacte des deux espèces de diarrhée n'est pas encore connue; mais l'existence des diarrhées bacillaires causant dans les salles d'enfants de véritables épidémies, atteignant aussi bien les enfants non dyspeptiques que les autres, est un fait acquis, et il suffira de les voir apparaître de cette manière épidémique et résister aux traitements ordinaires, pour les reconnaître et les soigner par l'acide lactique.

Poursuivant ses études de syphilis sociale, M. le professeur Fournier a appelé l'attention de l'Académie sur les sources de la syphilis chez la femme, en insistant particulièrement sur les ravages que cause ce fléau parmi les personnes *qui ne vont pas le chercher;* les femmes qui, mariées et honnêtes,

---

déception. Les bateaux d'Angleterre, de France, d'Allemagne, arrivant le samedi ou le dimanche qui précédait le Congrès de huit jours, on pouvait penser qu'une commission ou des délégués nous recevraient à New-York. Rien!...

« Comme le Congrès était officiel — je répète la qualification à dessein, — on pouvait s'attendre à ce que le gouvernement lui donnât asile dans un monument public, — le Capitole par exemple, puisque les pouvoirs législatifs n'étaient pas en session. Rien de pareil. Le comité de réception est dans un hôtel de voyageurs; le bureau du secrétaire général dans un autre hôtel; les réunions générales ont pour théâtre... un théâtre. Les salles de section sont disséminées dans tous les coins de la ville, la plupart dans des temples, synagogues, etc. Je cherche le comité de réception sans pouvoir le découvrir. Comme le secrétaire général siège dans mon hôtel, je demande à le voir, et je trouve en M. Hamilton un homme très convenable, quoique assez froid, mais fort peu au courant des habitudes médicales de l'Europe qu'il ne connaît pas, dont il ne connaît aucune des langues. On pourrait presque dire qu'il ne parle pas l'anglais, mais l'américain. Tout ce que je puis apprendre de lui, — qui n'en savait probablement pas davantage, — c'est que la séance générale aura lieu le lundi, à onze heures, dans tel théâtre. Comme renseignement, on avouera que c'était mince, étant donné que je parlais au secrétaire général du Congrès.

« J'ajouterai que pareille mésaventure est arrivée à notre délégué officiel, le professeur Le Fort. « C'est par hasard, m'a-t-il dit, grâce une rencontre dans un escalier, que j'ai pu apprendre du secrétaire général que j'aurais à répondre le lendemain au prési-

subissent l'inoculation de la part d'un mari infidèle et les enfants qui sont infectés par leurs parents, leurs nourrices, leurs domestiques, etc. Pour remédier à cette *syphilis des innocents*, comme il l'appelle à juste titre, M. Fournier démontre qu'il est nécessaire de chercher à restreindre la propagation de la syphills commune, vénérienne, qui procède de la prostitution clandestine, et qui se dissémine par ricochets dans un autre milieu, celui des familles tout particulièrement. C'est encore la conclusion de sa précédente communication à l'Académie et qui se résume ainsi : instituer une prophylaxie publique de la syphilis, c'est, en réalité, protéger tout le monde.

Je ne sais si M. Fournier, dans cette nouvelle communication, a voulu répondre à un article de M. Yves Guyot, qu'il ne nomme pas, publié récemment dans le numéro de septembre de la *Revue de morale progressive.* Comme c'est un recueil tout nouveau et encore peu connu, peut-être en ignore-t-il l'existence? Cet article est une réfutation en règle du *Rapport Fournier*, ainsi que l'appelle le député de la Seine; comme c'est la contre-partie du travail de M. Fournier, nous ne pouvons qu'en recommander la lecture.

M. le docteur Bourru (de Rochefort), à qui une longue pratique de la médecine en pays paludéen a donné une grande compétence dans l'étude des affections qui dérivent de l'infection palustre, propose de donner, à certaines affections qui surviennent chez les vieux paludiques, le nom d'accidents secondaires ou tertiaires. Cette analogie de nom avec les accidents syphilitiques est tirée des localisations de l'infection palustre sur les organes internes; pour les centres nerveux, par exemple, on peut y trouver des affections, congestives ou inflammatoires, qui sont analogues à celles que produit la syphilis et qui, comme elles, sont justifiables du traitement spécifique de l'infection.

Signalons encore l'heureuse intervention de M. Ch. Périer dans un cas de spina bifida, dont les principaux détails sont au compte rendu.

L.-H. P.

---

dent Cleveland, au nom de mes compatriotes. Mais aucun détail sur l'endroit où je dois me rendre, la place que je dois occuper, etc. »

« Le lundi, séance d'ouverture, discours ordinaires, nominations des vice-présidents, européens pour la plupart, qui ne sont pas venus au Congrès et qui ne sont pas même des hommes marquants dans leur pays. Du moment que pour honorer la France on nommait des vice-présidents *in absentia*, les Verneuil, les Richet, les Charcot, les Potain, etc., devraient être nommés les premiers; or, il n'en a rien été. »

Je m'arrête dans ces citations tristes. Manquées, les réceptions de gala dans lesquelles on voit le bas-peuple de Washington envahir la salle, se précipiter au buffet, enlever les victuailles à bras tendu et s'asseoir en rond, par terre, pour les dévorer à belles dents — où le président et la présidente Cleveland ont le membre supérieur droit disloqué par 5 ou 7,000 vigoureuses poignées de main! Qu'il y a loin de cela aux soirées du Congrès de Londres, à Guildhall, au Collège des médecins, des chirurgiens, et plus loin encore de celles du Congrès de Copenhague! Quelle différence entre la réception du roi Christian IX et celle du président de la République!

« Nous serions bien surpris, dit le correspondant du *Bulletin*, que l'Amérique ne prît pas un jour sa revanche, et une glorieuse revanche. » Eh bien, après Londres et Copenhague, nous pensions que les Congrès futurs auraient fort à faire, pour faire mieux. Pour prendre sa revanche, l'Amérique a déjà bien du terrain à regagner. Et puis, qui se laissera prendre encore aux promesses de son comité d'organisation? L'Amérique

Etude clinique et expérimentale sur la rupture du péritoine gastro-intestinal,

Par le docteur A. Courtade, ancien interne des hôpitaux.

Le péritoine peut se rompre de deux manières : 1° par l'action d'un corps tranchant ou contondant qui divise la séreuse, comme cela se voit dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. Dans ces circonstances, la lésion du péritoine n'occupe qu'un rang secondaire dans la symptomatologie, parce qu'il existe en même temps des lésions autrement graves qui méritent toute l'attention du chirurgien; ce sont des plaies du tube digestif (estomac ou intestin), des plaies de viscère (foie, rate, reins) ou du réservoir urinaire.

Epiphénomène de traumatismes multiples, la solution de continuité du péritoine, dans ces cas, est négligeable, car le tableau symptomatologique n'est pas influencé par elle et son existence n'entraîne aucune indication spéciale; aussi laisserons-nous de côté cette forme de traumatisme.

2° Le deuxième mode de solution de continuité est celui qui résulte de la distension forcée du tube digestif au point que la séreuse cède par rupture, déchirure. Il s'agit ici d'un éclatement semblable à celui d'un ballon de caoutchouc distendu outre mesure.

Sans doute, les cas où l'on observe la seule rupture du péritoine sont très rares, puisque nous n'en avons pas trouvé d'exemples dans les publications médicales; c'est ce qui nous décide à publier le fait dont nous avons été témoin, pendant notre internat, à l'Hôtel-Dieu, fait qui nous a suggéré l'idée de faire des recherches sur l'élasticité et la résistance du péritoine intestinal.

Voici l'observation telle qu'elle a été recueillie :

Figk, âgé de 22 ans, entre le 28 décembre 1882 à l'Hôtel-Dieu pour un étranglement herniaire.

Ses antécédents héréditaires sont sans importance; il n'a jamais fait de maladies sérieuses.

---

n'a pas même fait aux congressistes la gracieuseté d'une réduction sur les tarifs de chemin de fer, ce que tous les pays étrangers ont fait jusqu'à présent.

Que va faire maintenant l'Allemagne pour le Congrès de Berlin, en 1890?

En regard du *four* de Washington, nous pouvons mettre le succès obtenu par le Congrès de Vienne, où les délégués français ont reçu un accueil si cordial. La réception faite par les Hongrois, à Buda-Pesth, aux membres du Congrès qui s'y sont rendus au nombre d'environ 500, a été enthousiaste, et tout particulièrement, dit le *Bulletin médical*, à l'égard des Français présents, au nombre de 28; ils ont été accueillis comme des frères et comblés de prévenances; les dames françaises ont reçu force bouquets et couronnes.

Au déjeuner offert par la municipalité à l'île Sainte-Marguerite, sur le Danube, la plupart des toasts ont été portés en français avec une cordialité marquée. M. le professeur Vallin, appelé à remercier au nom de ses compatriotes, a porté le toast ci-après qui a été l'objet d'une véritable manifestation de sympathies :

« Messieurs,

« Je viens, au nom de la France, remercier à mon tour la municipalité de Buda-Pesth de l'accueil chaleureux qu'elle fait aux membres du sixième Congrès international d'hygiène.

« J'ai déjà assisté à un très grand nombre de ces Congrès pacifiques, et je me persuade de plus en plus qu'ils ont pour principal résultat, non seulement d'accroître nos con-

En 1870, il remarque dans le pli de l'aine droite une petite tumeur qui, plus tard, descend dans le scrotum. Du reste, cette tumeur, dont le volume varie d'un moment à l'autre, n'a jamais été douloureuse.

Le 23 décembre 1883, la hernie augmente brusquement de volume, devient douloureuse et provoque des vomissements; ce n'est que trois heures après qu'il parvient à la faire rentrer.

Le 28 décembre, à quatre heures du soir, sans avoir fait plus d'efforts qu'il n'en fait d'habitude (piqueur à la machine), il constate que sa hernie est devenue très volumineuse et le fait beaucoup souffrir.

Il entre à l'Hôtel-Dieu à huit heures et demie du soir dans l'état suivant : dans l'aine droite, hernie assez volumineuse, dont la pression sur le pédicule est très pénible; à la partie supérieure de la tumeur, on trouve une masse de consistance notable qui fait croire à la présence de l'épiploon; le reste de la tumeur, sans être très sonore, ne présente pas de matité.

A son entrée, le malade a vomi et a eu de violents frissons. L'interne de garde pratique le taxis sous le chloroforme pendant sept à huit minutes et sans le moindre résultat.

Le malade étant anesthésié, M. Kirmisson, mandé d'urgence, pratique de nouveau le taxis à dix heures du soir; au bout de vingt-trois minutes, la tumeur n'avait pas sensiblement diminué de volume, mais elle était un peu moins tendue; du reste, il y avait eu à deux reprises de petits gargouillements.

La kélotomie est pratiquée sur-le-champ.

L'incision a 6 ou 7 centimètres de long; après l'ouverture du sac, l'anneau est débridé à deux reprises.

Néanmoins la réduction présente de grandes difficultés; on constate dans l'épaisseur du mésentère la présence d'une masse rouge-brun, formée par un caillot volumineux qui empêche la réduction; cependant, après de longues manœuvres, on parvient à refouler dans l'abdomen la plus grande partie de la masse intestinale, et il ne reste au dehors qu'une petite anse intestinale.

Pour vaincre la résistance qu'il rencontrait, M. Kirmisson saisit l'anse qui restait, à pleine main, en laissant déborder une partie derrière le bord cubital de la main; les gaz et les liquides pressés, sont ainsi refoulés du côté de l'orifice inguinal trop étroit et aussi du côté de l'extrémité de l'anse qui se distend alors très notablement.

Tout à coup, au milieu du taxis, on perçoit un petit bruit de craquement. M. Kir-

---

naissances dans la science spéciale que nous étudions en commun, mais encore de permettre aux différents peuples de se connaître, de s'apprécier, de s'estimer davantage, de faire tomber bien des préventions et bien des préjugés, de préparer la concorde des esprits, prélude de la concorde des nations.

« Messieurs, au seuil de ces contrées un peu mystérieuses, où l'Orient commence à se mêler à l'Occident, je vous propose de boire à l'union des peuples par la science, à leur solidarité par l'hygiène internationale. »

* * *

Voici une décision prise par le tribunal civil de la Seine et qui intéresse au plus haut point le corps médical. Il s'agit du paiement des honoraires dus par des parents auxquels les enfants font une pension alimentaire obligatoire; le tribunal a décidé qu'en pareil cas les enfants devaient payer les honoraires du médecin qui avait soigné leurs parents.

Dans l'espèce, il s'agissait d'une fracture du col du fémur qui fut soignée par MM. Lorey et Peyrot, deux de nos confrères dont la compétence et l'honorabilité ne peuvent être mises en doute. M. Peyrot, appelé plusieurs fois en consultation, demande 1,000 francs pour ses honoraires, après guérison du blessé. La fille de celui-ci refuse de les payer, sous prétexte qu'elle n'est pas responsable des dépenses de ses parents; mais comme il est établi qu'elle subvenait à ces dépenses, qu'elle a assisté aux visites du chirurgien, qu'elle n'a fait aucune objection à ces visites et qu'elle ne l'a nullement averti

misson constate alors que le péritoine s'est rompu au niveau de la partie culminante de l'anse et perpendiculairement à l'axe de l'intestin.

Les bords de la séreuse s'écartent et s'enroulent sur eux-mêmes, laissant ainsi à nu la couche musculaire dans l'étendue de 2 à 3 centimètres à son milieu : sur cette couche perlent des gouttelettes de sang nombreuses, sans, pour cela, constituer une hémorrhagie gênante.

M. Kirmisson parvient à rapprocher les bords de la plaie péritonéale avec quatre points de suture et fait la réduction sans trop de difficulté.

Le sac herniaire est réséqué et la plaie cutanée suturée avec des fils d'argent. Drainage. Pansement de Lister dans toute sa rigueur.

La réunion immédiate a eu lieu *sans incidents* et le malade est sorti de l'hôpital au milieu de janvier.

Nous n'avons point trouvé signalé d'accident semblable dans les complications du taxis immédiat; lorsque cette manœuvre, soit par sa violence, soit parce qu'elle est exercée sur un intestin profondément altéré est suivie de déchirure, celle-ci porte toujours sur toute la paroi intestinale et non sur l'une des tuniques.

Les auteurs ne signalent pas davantage l'éclatement du péritoine dans la pneumatose gastro-intestinale parce qu'une distension capable d'amener une rupture péritonéale serait mortelle bien avant d'arriver à ce degré.

« L'estomac et les intestins, dit Grisolle, distendus outre mesure et d'une manière permanente peuvent finir par se rompre, mais cette rupture n'a guère été observée que lorsque les parois étaient déjà ulcérées, ramollies ou gangrénées, c'est alors au niveau de l'altération que la rupture s'effectue.

« On a dit aussi que quelquefois les deux tuniques internes seulement se rompent ou s'éraillent; les gaz s'infiltrent alors dans le tissu cellulaire sous-séreux; mais, dans ces cas, la *tunique péritonéale ne tarde pas elle-même à se rompre* ».

Cependant la tunique péritonéale peut se rompre seule dans certains cas sous l'influence de la pneumatose.

---

qu'il donnait ses soins à une personne hors d'état de le payer, le tribunal a condamné la fille à payer les honoraires demandés. Voici, pour l'édification de nos lecteurs, le texte sur lequel s'est appuyé le tribunal :

« La dette alimentaire spécifiée par l'art. 205, Code civil, ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, les vêtements, et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie.

« En conséquence, le médecin a une action contre le débiteur de la dette alimentaire, pour soins donnés au créancier, alors surtout que le débiteur a assisté aux visites sans formuler d'objection et sans prévenir qu'il se refuserait à payer la dépense. »

*
* *

Les troubles, heureusement anodins et heureusement terminés, qui se sont produits cette année à la séance d'ouverture du concours de l'internat, montrent que le respect de la foooorme a quelquefois du bon.

En mettant de côté le sexe des candidats, il est convenu depuis longtemps, de par le règlement et la tradition, que les internes provisoires, bien qu'ayant 28 ans révolus, sont admis à concourir encore une fois. Faute d'avoir été prévenus à temps de cette particularité, ou de se l'être rappelée, les étudiants ont voulu protester, se croyant dans leur droit, contre l'admission au concours de candidats ayant dépassé leurs 28 printemps.

Une autre cause de désordre a été la présence dans la salle du concours de personnes n'y ayant que faire. L'Administration a eu cette fois raison d'empêcher leur entrée dans

Voici une observation empruntée à la Suisse romande (janvier 1885) qui en fait foi; il est vrai que ce cas est complexe et que les lésions sont multiples :

Sophie, 28 ans, domestique, entre à l'hôpital de Genève le 11 septembre 1884 à sept heures et demie.

Bonne santé antérieure, se plaignait seulement de quelques douleurs d'estomac qui se manifestent par crises plus ou moins violentes, sans cependant l'obliger à s'aliter ni à suspendre son service.

Le 10 septembre, après avoir dîné comme d'habitude, elle sortit en grande hâte fortement émue d'avoir cassé une théière, et courut les magasins dans l'espoir d'en trouver une semblable et de n'être pas obligée d'avouer l'accident.

A son retour, elle accusa une de ces crises de gastralgie qui l'obligea cette fois à se coucher. Le docteur Gœltz la trouva en proie à de violentes douleurs abdominales avec efforts de vomissements, ventre un peu tendu et ballonné à la région épigastrique, et très sensible à la pression. Potion de Rivière et injection de 0,01 de chlorhydrate de morphine.

Après quelques heures de calme, les mêmes symptômes reparaissent. Elle est transportée à l'hôpital, où on constate l'état suivant :

Femme agonisante, pâle, froide, indifférente. Décubitus dorsal. Partie inférieure droite de la face, cou, tronc un peu bouffis et donnant à la pression la crépitation de l'emphysème sous-cutané.

Le ventre est énormément et uniformément distendu. Les anses intestinales ne sont perceptibles ni à la vue, ni au palper. Son tympanique à la percussion. Pas de flot, de fluctuation, de clapotement, ni de matité dans les régions déclives.

Vulve entr'ouverte, périnée bombé comme au passage d'une tête de fœtus. Utérus immobilisé entre les petites lèvres; vessie vide.

Diagnostic : pneumatose péritonéale par perforation, suite d'un ulcère de l'estomac, sans adhérences préalables.

Des symptômes de péritonite se développent. Au moment où l'on s'apprêtait à faire la ponction de l'abdomen, elle meurt. Néanmoins on fait la ponction sur la ligne médiane avec le trocart capillaire de Potain.

Le tube, plongeant dans l'eau, produisit un bouillonnement pendant huit minutes. Gaz sans odeur; l'utérus remonte à sa place.

---

cette salle à la nouvelle séance d'ouverture, et on ne peut que l'en féliciter. Espérons qu'aux prochains concours, elle agira de même. Espérons aussi qu'un jour ou l'autre elle se décidera à accorder aux concurrents un local plus convenable, où on ne soit pas forcé d'écrire sur ses genoux pendant deux heures.

*
* *

Les journaux nous annoncent qu'il va s'ouvrir un concours pour la nomination à 35 places de médecins des bureaux de bienfaisance. Le jury, tiré au sort, se composera de MM. les docteurs Perrin, Gervais, Fèvre et Trapenard, et de M. Mourland, chef de la division des hôpitaux et hospices de l'administration de l'Assistance publique.

Qu'il nous soit permis d'exprimer le regret que ce jury ne soit pas présidé par un médecin des hôpitaux. SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA AIGU. — Monin.

Acide citrique	1 gramme.
Hydrolat de laurier-cerise	4 grammes.
Huile de bouleau	XV gouttes.
Cold-cream	40 grammes.

Mêlez. — Onctions trois fois par jour. — Saupoudrer d'amidon, dans l'intervalle des onctions. — Régime alimentaire sévèrement surveillé. — N. G.

Autopsie vingt-trois heures après la mort.

L'abdomen ouvert laisse échapper une grande quantité d'air et s'affaisse. Paquet intestinal flasque appliqué contre la paroi postérieure. Liquide noir, visqueux, d'odeur acidule dans le petit bassin. Feuillets de l'épiploon distendus par des gaz. Veines dilatées et flexueuses. Ni pus, ni fausses membranes, mais la surface de l'intestin est d'un rouge foncé, terne, qui indique un début de péritonite.

Estomac dilaté; le grand cul-de-sac remonte haut dans le cage thoracique gauche, mesure 31 centimètres de long, 14 centimètres de haut. Sur le milieu de sa face antérieure, laquelle est refoulée sous le sternum existe une perte de substance qui *intéresse les couches superficielles seulement* et aurait toute l'apparence d'une plaie produite par un couteau. Elle est allongée de gauche à droite, a la forme d'ellipse à angles aigus, d'une longueur de 7 centimètres, et dont le plus grand diamètre mesure 1 cent. 1/2. Bords festonnés; chaque angle de chaque feston rejoignant celui de la lèvre opposée par un pont effilé représentant comme un réseau à large maille. *Le fond de la plaie est formé par la tunique musculaire.*

Sur la face postérieure, on découvre d'*autres solutions de continuité semblables*, et le long de la petite courbure, parallèle à celle-ci, une vaste déchirure qui intéresse toutes les tuniques et laisse passer quatre doigts. Il s'en écoule un liquide noir, mêlé de grumeaux de lait, semblable à celui qui se trouvait dans le pelvis.

A l'ouverture de l'estomac, la muqueuse est violacée, boursouflée, épaissie, mamelonnée; elle présente, par places, des saillies brunâtres, un peu ramollies à leur surface; sur d'autres points, des pertes de substance irrégulières, des déchirures à bords rectilignes se rejoignant par des angles aigus; les bords de la muqueuse sont légèrement décollés. On ne retrouve nulle part la forme arrondie ni la disposition en cône de l'ulcère simple, ni même une apparence d'ulcération ni de cicatrices. Il n'y a pas trace de fausses membranes à la face interne, ni d'adhérences, ni d'épaississement de la séreuse autour de ces pertes de substance qui ne correspondent d'ailleurs pas aux éraillures de la face interne.

Pas de rougeurs ni d'ecchymoses linéaires comme dans les cas d'empoisonnement par les substances corrosives; cardia, pylore, duodénum sains. Rien à noter dans les viscères.

Evidemment le cas de M. Révilliod est complexe, puisqu'il y a une vaste déchirure de toutes les tuniques de l'estomac, mais les lésions trouvées sur cet organe prouvent que le péritoine peut se rompre seul, alors que les autres tuniques sont intactes.

A un degré moins élevé, la distension de l'estomac eût été capable d'entraîner la rupture seule de la séreuse sans léser les autres couches de la paroi. *(A suivre.)*

Arrêté du 30 juillet relatif à l'agrégation des Facultés de médecine.

Le ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, vu le statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des Facultés ; vu les décret et arrêté du 10 août 1877 relatifs aux agrégés des Facultés de médecine ; le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu, arrête :

Le titre III du statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des Facultés est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

TITRE III

DISPOSITIONS SPÉCIALES A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE.

Art. 37. — Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les agrégés demeurent en exercice pendant une période de neuf années; ils sont renouvelés par tiers tous les trois ans.

Art. 38. — Il y a quatre sections d'agrégés : la première, pour les sciences anatomiques

et physiologiques, comprend l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle; la deuxième, pour les sciences physiques, comprend la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie ; la troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale ; la quatrième, pour la chirurgie et les accouchements.

Art. 39. — Les épreuves préparatoires consistent :

1° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. La surveillance sera organisée par le jury.

Le candidat pourra s'aider des ouvrages désignés par le jury.

2° Dans un exposé public fait par le candidat lui-même de ses travaux personnels. Une demi-heure est accordée pour cette épreuve ;

3° Les candidats à l'agrégation de physique, de chimie et d'histoire naturelle font en outre une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Art. 40. — Les épreuves définitives sont :

1° Une leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation libre ;

2° Une série d'épreuves pratiques :

a) Pour la médecine : Une leçon clinique sur un ou deux malades choisis par le jury, examinés avec toutes les ressources du laboratoire ; — des exercices d'anatomie pathologique ;

b) Pour la chirurgie et les accouchements : Mêmes épreuves pratiques que pour la médecine et, en outre, pour la chirurgie, une opération sur le cadavre.

c) Pour l'anatomie : Une leçon sur une préparation d'anatomie descriptive ; — des exercices pratiques d'histologie.

d) Pour la physiologie : Une leçon sur une préparation d'histologie ; — des exercices pratiques de physiologie expérimentale.

e) Pour la physique : Une leçon sur une expérience de physique ; — des exercices pratiques de physique.

f) Pour la chimie : Une leçon sur une expérience de chimie ; — des exercices pratiques de chimie.

g) Pour l'histoire naturelle : Une leçon sur une préparation d'histoire naturelle ; — des exercices pratiques d'histoire naturelle.

h) Pour la pharmacie : Une leçon sur une opération de pharmacie ; — des exercices pratiques de pharmacie.

Art. 41. — Les sujets et la durée des exercices pratiques sont déterminés par le jury.

Art. 42 — Les dispositions générales du statut du 16 novembre 1874 continueront d'être appliquées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une brochure de M. le docteur Mesnet, portant pour titre : *Considérations générales sur les fausses rages. — Observations du délire aigu hydrophobique.* Hôpital Saint-Antoine (1872).

« Les Annales de la médecine, dit M. Pasteur, ont enregistré un assez grand nombre d'accidents nerveux chez des personnes les unes mordues par des chiens enragés, mais qui ne devaient pas succomber à la rage, les autres non mordues. On connaît le fait cité par Trousseau, d'un individu qui, pendant un déjeuner, assiste à une conversation sur la rage, quitte la table avec des spasmes du pharynx, des angoisses thoraciques et autres accidents bulbaires produits subitement par le choc moral qu'il venait de recevoir. Le docteur Trousseau a cité également le fait d'un magistrat qui fut pris de terreur, longtemps après avoir eu la main léchée par un chien suspect de rage. En apprenant

que plusieurs animaux mordus par son chien ont succombé à la rage, il est pris subitement de symptômes rabiques : grande excitation, délire, horreur de l'eau. Il guérit dix jours après le début de ces accidents, par la démonstration que lui fit son médecin que les enragés ne survivent jamais plus de deux ou trois jours aux accidents de la vraie rage. N'étant pas mort après dix jours d'accès, il était impossible qu'il fût enragé.

« Le malade, dont parle M. Mesnet dans sa brochure, était un alcoolique qui, ayant vu dans son verre, pendant qu'il déjeunait, quelque chose comme du dépôt, fut pris d'un sentiment d'horreur pour le liquide, avec constriction à la gorge, suivis de céphalagie, de courbature et de fatigue dans tous les membres. Ceci se passait un dimanche.

« Pendant la nuit suivante et dans les journées du lundi et du mardi, pas de sommeil, accès de suffocation, spasmes à la gorge, horreur pour les liquides qu'il rejette avec le verre. Sa figure exprime l'inquiétude; le regard est fixe, brillant, hagard; les pupilles très largement dilatées; la parole est brève, saccadée, rapide; il a de la peine à respirer. Quand on lui offre un verre contenant de l'eau, il se rejette de côté avec effroi, et l'on détermine chez lui des accès de suffocation et de constriction à la gorge. Les objets brillants, la lumière, lui sont particulièrement désagréables. Il est péniblement impressionné quand on agite l'air devant sa figure. Il meurt le mardi soir après avoir été en proie à un délire furieux, avec agitation extrême, cris et vociférations, salivation extrêmement abondante ; crachant, mordant ses draps et cherchant aussi à mordre la personne qui lui donne des soins. Enfin cet homme a présenté tous les caractères de l'hydrophobie furieuse ; cependant il n'est pas mort de rage : il n'avait jamais été mordu et à plusieurs reprises et à longs intervalles il avait déjà présenté des symptômes analogues de fausse rage. Cet homme était alcoolique et appartenait, en outre, à une famille qui comptait un décès par aliénation mentale.

« M. le docteur Mesnet, en présence d'un fait aussi caractéristique de fausse rage, insiste sur la nécessité d'appliquer la méthode des inoculations du bulbe après la mort pour fixer le diagnostic, toutes les fois qu'il y a doute sur la véritable cause de la mort.

« Récemment, dans le département de l'Aisne, il est mort un individu qui avait été mordu par un chien enragé et qui avait reçu les inoculations préventives au laboratoire antirabique de la rue Vauquelin. Cet individu était idiot de naissance. Il est mort avec certains symptômes rabiques qui furent attribués à une attaque de tétanos par les uns, à une attaque de vraie rage par les autres. Certainement le médecin qui a diagnostiqué la rage aurait hésité dans son jugement s'il avait eu connaissances de la brochure de M. Mesnet. Il eût compris la nécessité de recourir à la méthode des inoculations du bulbe par trépanation pour résoudre la difficulté. Dans ce cas, si la mort est due à la rage, la rage se communique aux animaux inoculés. »

FORMULAIRE

Des injections de calomel contre la syphilis — Scarenzio.

L'injection se compose de dix centigrammes de calomel à la vapeur, très pur, délayé dans un gramme de glycérine tout à fait exempte de fines poussières. Le lieu d'élection pour l'injection est, sur la partie latérale de la fesse, la dépression verticale située derrière le grand trochanter, à trois centimètres en arrière du bord postérieur de ce dernier. L'injection de 10 centigr. de calomel dans le tissu cellulaire sous-cutané de cette région ne provoque point d'abcès, pourvu que l'opération ne soit suivie d'aucun massage, que le malade reste au lit pendant plusieurs jours, et qu'il s'abstienne de tout mouvement violent. — L'auteur préconise les injections de calomel contre la syphilis tertiaire quoiqu'elles soient applicables à toutes les périodes de la maladie. La dose de 0,20 à 0,30 centigr. représente la quantité moyenne nécessaire pour en guérir les symptômes. L'iodure de potassium n'a été administré concurremment que dans un petit nombre de cas, sans que l'amélioration ait paru retardée pour cela. — Les contre-indications de ce traitement, à cause des dangers d'intoxication, sont : 1° l'âge avancé et le mauvais fonctionnement du cœur ; 2° un haut degré d'anémie ; 3° des dents cariées à bords tranchants qui entretiennent un état inflammatoire de la cavité buccale. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le ministre d'Instruction publique d'Autriche a approuvé la proposition de la Faculté de philosophie de créer à l'Université de Lemberg des chaires d'anatomie et de physiologie. Mais la *Wiener Zeitung* annonce qu'il n'a pas été donné suite au projet concernant la physiologie. Quant au cours d'anatomie de la Faculté, il sera fait par un professeur de l'Ecole vétérinaire.

— Le Congrès des médecins et naturalistes néerlandais s'est réuni les 30 septembre et 1er octobre à Amsterdam sous la présidence de Von Stokvis.

Les 700 membres du Congrès se partagèrent en quatre sections : 1° médecine et chirurgie ; 2° physique et chimie ; 3° histoire naturelle et biologie ; 4° géologie et géographie.

La section de médecine et de chirurgie fut présidée par Donders (d'Utrecht) et Tibanus (d'Amsterdam). La prochaine réunion se tiendra à Leyde en 1889.

— Le professeur Billroth de retour à Vienne, après trois mois d'absence et de maladie, a repris le 10 octobre son enseignement à la Faculté de Vienne. Il a fait l'éloge de Langenbeck, son maître, mort récemment, au milieu d'une ovation enthousiaste.

— Deux commissions viennent d'être nommées à Berlin. La première est chargée de la revision de la pharmacopée, Gerhardt (de Berlin), professeur Binz (de Bonn), professeur Schmit (de Marbourg). Hilyer (d'Erlangen), etc.

La seconde, qui s'est réunie le 24 octobre, a pour mission de régler la vente des médicaments.

— Le docteur Lehmann, assistant à l'Institut Pettenkofer de Munich, est chargé du cours d'hygiène à Wurtzbourg.

Nécrologie. — Est mort le professeur Meyer, médecin en chef de la Charité et directeur de la polyclinique médicale de Berlin. Il est fort probable, au dire de la *Wiener med. Wochenschrift* du 11 octobre, que c'est le professeur Sénator qui lui succèdera comme directeur.

— La scarlatine ne sévit pas seulement en Angleterre, on la signale aussi à Bâle. La rougeole fait de nombreuses victimes aux Nouvelles-Hébrides. — Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront le mardi 3 novembre 1887. Ils auront lieu pendant le premier semestre 1887-1888, aux jours et heures ci après désignés :

1° *Physique* : Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de quatre à six heures du soir, à l'ancien collège Rollin (2, rue Vauquelin). Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guebhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 26 octobre au samedi 5 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie* : Les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de huit heures à dix heures et demie du matin à l'ancien collège Rollin (2, rue Vauquelin). Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 26 octobre au samedi 5 novembre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle* : Le lundi et le jeudi pour la première série et le mardi et le vendredi pour la deuxième série, de neuf heures à onze heures du matin à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf heures et demie à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 5 novembre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils seront prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 octobre 1887, sont nommés membres de la commission d'études instituée par arrêté du 25 janvier 1887, pour l'examen et la révision des programmes de l'enseignement primaire :

MM. les professeurs Berthelot, Bouchard, Brouardel, Lacaze-Duthiers et Proust; Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Maurice Perrin et Rochard, de l'Académie de médecine; docteur A. Martin, secrétaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 octobre 1887, sont nommés membres de la commission chargée de reviser les programmes relatifs à l'enseignement de la gymnastique :

MM. les docteurs Marey (de l'Institut), Paul Chéron, Dally, Franck, A. Martin, Mangenot et Quénu.

— Les candidats du concours qui doit doit s'ouvrir le lundi 7 novembre 1887 pour la nomination à trente-cinq places de médecins des bureaux de bienfaisance, sont au nombre de quatre-vingt-dix. Ce sont les docteurs Gougelet, Saison, Roche, Turanville, Genet, Petit-Paul, Marciguey, Savoye, Dusseaud, Decaudin, Planteau, Carret, Barbillion, Alexandre, Vandenabeele, Charles (Paul), Porcher, Le Roy, Lemoine, Fanny, Grange, Viciot, Reteaud, Geneix, Bourdet, Mathieu dit Sicaud, Courtin, Laisné, Viard, Thoumas, Allix, Reuet, Binaut, Marey, Braine, Duron, Bocquet, Veilleau, Weil, Lallemant, Simard, Pastol, Mounet, Parizot, Metzger, Ménetrier, Mérigot de Treigny, Donon, Fleurot. Bœhler, Geny, Decoster, C. de Pradel, Hellen, Yvon, Suss, Charon, Fournel, Reuflet, Dhomont, Goureau, Bernhem, Veil, Peignon, Rollin, Barbe, Jacquemard, Plateau, Liandier, Campart, Laurent, Godet, Peisson, Dubief, Isnard, Bernard, Vergne, Bagnol, Battesti, Benard, Maréchal, Dutremblay, Giroud, Petit (Léon), Rolostein-Orval, Vivien, Thoumas, Legrix, Fleury, Dignat.

Le jury, tiré au sort, se composera de MM. les docteurs Perrin, Gervais, Fèvre et Trapenard et de M. Mourland, chef de la division des hôpitaux et hospices de l'administration de l'Assistance publique.

— Nous recevons le premier numéro des « Archives de laryngologie, de rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives », fondées et publiées par M. le docteur Albert Ruault, médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets. — Ce journal qui paraîtra tous les deux mois, par fascicules de 48 pages, est édité par M. G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavine, Le prix de l'abonnement est de 8 francs pour Paris et province, et 10 francs pour l'étranger.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard, chef de clinique adjoint d'accouchements, et P. Berthod, ancien interne à la Maternité, recommenceront leurs cours d'acccouchements le lundi 7 novembre, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours a lieu tous les jours à la même heure, et sera complet en 40 leçons.

Pour se faire inscrire, s'adresser à MM. Boissard, 67, rue Saint-Lazare, et P. Berthod, 17, Place de la République.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Etude clinique et expérimentale sur la rupture du péritoine gastro-intestinal (1),

Par le docteur A. Courtade, ancien interne des hôpitaux.

Partie expérimentale. — L'observation que nous venons de citer a provoqué, de la part de M. Revilliod, des recherches intéressantes. Il a insufflé jusqu'à rupture un estomac lié à ses deux extrémités, et voici ce qu'il a observé : aussitôt l'estomac distendu, si l'on continue à souffler énergiquement, ou encore mieux à le remplir d'eau, on voit bientôt des *éraillures se dessiner au milieu de ses faces antérieure et postérieure;* le *péritoine se déchire peu à peu*; de couche en couche, de la *surface à la profondeur*, puis l'explosion se fait avec détonation, par une large déchirure parallèle à la lèvre postérieure de la petite courbure.

2,200 grammes d'eau suffisent pour remplir un estomac de 225 millim. sur 135 millim. et 4,000 pour le faire éclater.

A l'ouverture de l'estomac, on constate quelques déchirures de la muqueuse à bords irréguliers.

Répétée cinq fois, cette expérience a toujours donné les mêmes résultats. Une autre fois, la rupture s'est faite au fond du grand cul-de-sac sur un estomac ramolli.

Nous attirons l'attention sur ce fait que la distension exagérée de l'estomac détermine d'abord la déchirure du péritoine, puis celle des tuniques sous-jacentes.

Le fait que nous avons vu nous a suggéré l'idée de faire quelques expériences dont nous avons établi le programme bien avant de connaître le cas de M. Revilliod.

D'ailleurs, les expériences de ce dernier auteur peuvent être entachées d'erreur parce qu'il opère sur un estomac qui a perdu ses propriétés physiologiques depuis quelques heures au moins, et que la résistance, l'élasticité des tuniques ne sont pas identiques sur le vivant et sur le cadavre.

Nous aussi, nous avons essayé d'opérer sur l'intestin humain vingt-quatre heures après la mort, et nous avons remarqué que le péritoine se déchirait très facilement au moindre heurt; aussi avons-nous dû abandonner les expériences sur l'intestin de l'homme.

D'autre part, M. Revilliod ne parle pas du temps qu'il met pour insuffler l'estomac, et cependant il y a des différences notables suivant que la distension est rapide, brusque ou lente, graduelle, progressive; dans le premier cas, la rupture a lieu beaucoup plus vite et avec un volume d'eau moindre que dans le second cas.

Nous avons donc recherché :

1° Quel diamètre doit atteindre un intestin normal pour que sa distension amène la déchirure du péritoine;

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

2° Si l'inflammation de la séreuse modifie sa résistance à la rupture.

Nous avons expérimenté sur des cobayes et des lapins anesthésiés par le chloroforme; nous pouvons ainsi étudier ce qui se passe sur les tissus vivants et en rapporter les résultats à l'homme, selon toutes probabilités.

Il suffira d'indiquer ce que nous avons observé sur un cobaye, les autres résultats étant concordants.

Nous prenons 10 centimètres d'intestin grêle dont le diamètre normal est 6 millim.; nous y injectons de l'eau lentement; le diamètre arrive à 7, 8 millim.; lorsqu'il atteint 9 millim., nous constatons que le péritoine se déchire sur une longueur de 2 centimètres parallèlement au grand axe de l'intestin; la fente, de forme elliptique, siège sur le bord opposé à l'insertion mésentérique.

Nous répétons la même expérience plusieurs fois avec de l'eau, et nous obtenons le même résultat; quelquefois, au lieu d'une déchirure unique, il se fait plusieurs petites ruptures dans le même sens.

Quant au siège de la déchirure, il est variable; il se trouve tantôt au bord libre de l'intestin, tantôt près de son attache mésentérique, mais le plus souvent sur une de ses faces latérales.

Donc, lorsque le diamètre de l'intestin grêle est augmenté de moitié, il se fait une déchirure du péritoine et, à ce moment, le *moindre effort amène la déchirure complète de toute la paroi intestinale.*

La résistance et l'élasticité du péritoine sont vaincues quand le diamètre de l'intestin s'élève de 6 à 9 millim., et augmente de la moitié de son diamètre normal.

Sur un *lapin*, nous avons produit une hernie en passant une anse d'intestin grêle de 5 centimètres de long dans un anneau de caoutchouc dont le diamètre interne était de 1 centimètre.

Au bout de quarante-huit heures, il a été tué par le chloroforme; les lésions observées étaient les suivantes : une masse intestinale volumineuse passe dans l'orifice musculaire laissé par la laparotomie (les muscles n'ayant pas été pris dans les sutures de la plaie). Cette masse est renfermée dans une poche, limitée en avant, par la peau et son tissu cellulaire; en arrière, par le plan musculaire de la paroi abdominale. Elle a contracté avec la paroi des adhérences qu'il est facile de rompre par de faibles tractions.

La portion d'intestin grêle introduite dans l'anneau de caoutchouc a 5 centimètres de long; elle présente un léger étranglement au niveau du collet. Sa coloration est rougeâtre et veloutée, comme cela se voit fréquemment dans les hernies étranglées légèrement enflammées. L'anneau retiré, l'anse conserve sa forme de fer à cheval, grâce aux adhérences produites par la péritonite. Le diamètre de ce bout d'intestin est de 10 millimètres.

Nous pratiquons très lentement l'insufflation de cette anse herniée; lorsque son diamètre *atteint 13 millim., nous observons une déchirure superficielle* dont la direction est perpendiculaire au grand axe de l'intestin, commençant à la portion la plus coudée du fer à cheval et se dirigeant vers le bord mésentérique dans une longueur de 6 à 7 millimètres.

En continuant l'insufflation, l'intestin arrive à 15 millim. de diamètre; mais alors, outre la rupture précédente qui s'agrandit et dont les bords se rétractent, on observe une nouvelle déchirure transversale de 6 millim. de long, et située tout près de la précédente.

Nous avons répété cette même expérience sur une autre portion d'intestin grêle qui était seulement légèrement congestionnée. Lorsque, par l'in-

sufflation ou l'injection d'eau, on arrive à donner à l'intestin un diamètre de *15 millim.*, alors on observe une *rupture de la tunique superficielle*, rupture dont la direction est toujours longitudinale et non transversale par rapport à l'axe de l'intestin.

Donc, une portion d'intestin herniée ou enflammée résiste moins à la dilatation ou pression intérieure qu'une même portion qui se trouve dans l'état normal; tandis qu'il faut que le diamètre augmente de moitié dans ce dernier cas pour que le péritoine se rompe, il suffit qu'il augmente d'un tiers pour que la même lésion se produise dans le premier cas.

Nous allons signaler incidemment un fait qui nous a frappé dans nos expériences sur l'intestin de cobaye.

Lorsque par l'injection d'eau le diamètre de l'intestin acquiert 8 à 8 millim. 5 au lieu de 6, on voit, à la surface de celui-ci, perler des gouttelettes d'eau sur une grande surface, alors que le péritoine est encore intact; peut-être en est-il de même de l'air?

Si le même phénomène se produit chez l'homme, on peut expliquer ainsi le tympanisme péritonéal dont l'existence est niée par la plupart des auteurs.

Les conséquences pratiques que nous pouvons tirer de ces expériences sont les suivantes :

1° Lorsque, dans une laparotomie, une masse intestinale volumineuse sort de l'abdomen, user, avec beaucoup de ménagements et de prudence, des pressions, qui ont pour effet de dégonfler une portion d'intestin au détriment des portions voisines; si ces dernières sont enflammées, les manœuvres un peu brusques sont susceptibles d'amener la rupture du péritoine et peut-être même celle de l'intestin. Si les difficultés pour faire rentrer l'intestin sont trop grandes, mieux vaut employer la ponction de l'intestin avec l'aiguille de Pravaz.

2° Dans la hernie étranglée où il y a une portion d'intestin assez longue, avoir soin de ne pas comprimer celle-ci dans toute sa longueur, de manière à refouler tout son contenu (air et liquides) vers le coude de l'anse, qui est la portion la plus friable et qui a le plus de tendance à se déchirer.

3° Si l'on observait dans le cours d'une opération une déchirure du péritoine, la suturer au catgut et la réduire comme si aucun incident n'était survenu.

Concours d'agrégation en médecine
à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce.

J'étais hier en visite chez l'un de nos maîtres les plus distingués; à peine fus-je entré dans son cabinet : « Je viens de lire dans l'*Union* de ce matin votre article (que le *Gil B'as* a reproduit) sur le concours d'agrégation à l'Ecole du Val-de-Grâce, me dit-il en me tendant la main. C'est très bien, vous avez mille fois raison; l'injustice est criante. Mais les abus de ce genre sont si nombreux, et celui que vous attaquez est si invétéré, que vous n'arriverez probablement pas, je le crains, à changer la face des choses. » — « Certes, il faut beaucoup de gouttes d'eau comme celle que je puis verser pour percer cette dure pierre, répondis-je, mais ne réussirais-je qu'à venger un peu les professeurs du Val-de-Grâce, offensés de voir ainsi élevés à leur niveau des médecins sans compétence; ne réussirais-je qu'à donner quelque satisfaction aux candidats de ce concours, indignés de n'être pas au moins jugés par leurs pairs, que ce résultat purement moral me suffirait encore. » — Oh! de ce côté, ne vous mettez point en peine, répliqua mon éminent interlocuteur. Professeurs et agrégés ont, pour se défendre contre les indignes qui pro-

fanent l'arche sainte de l'Ecole, une arme terrible dont ils se servent souvent et habilement : le ridicule. »

Voici deux petites anecdotes, entre mille, qui vous édifieront complètement à ce sujet :

« Dans l'un des concours d'il y a une dizaine d'années, le candidat, terminant une brillante leçon sur un malade paralytique, ajoutait que le siège de ces lésions scléreuses de la moelle était fort difficile à préciser. L'un des juges étrangers à l'Ecole prit alors la parole pour dire que c'était cependant là un point important sur lequel il serait bon d'insister. Alors, sans se déconcerter, le futur agrégé, aujourd'hui l'un des médecins légistes connus, déclara que, suivant lui, le noyau de sclérose était indubitablement unique, avait tel aspect, telle consistance, telle coloration, occupait exclusivement le septum cortical de Goll, laissant indemnes toutes les autres parties de la moelle, mesurait telle étendue en longueur, largeur, épaisseur, siégeait au niveau de tel disque intervertébral, qu'il dépassait de 2 millimètres pour faire saillie au-dessus du niveau de la vertèbre supérieure, provoquait à peine une congestion légère de la pie-mère, congestion formant une circonférence parfaite de tant de centimètres de diamètre.....

« La description continua pendant que l'important examinateur, bouche béante, écoutait plein d'admiration, émerveillé des connaissances du concurrent et des progrès de la science qui permettaient un diagnostic anatomique aussi précis, et alors que voltigeait sur les lèvres des professeurs et auditeurs ce sourire discret qui déride le visage des gens de bonne compagnie, spectateurs d'une mystification spirituelle et méritée. »

Voici ma seconde historiette; cette fois le trait est décoché par un professeur :

« C'était dans le cours de la quatrième épreuve qui, comme vous le savez, consiste en une autopsie cadavérique.

« An moment où le cerveau fut extrait de la boîte crânienne, l'un des professeurs dit à mi-voix à l'un de ses collègues : « Comme ils sont congestionnés, ces cerveaux de cholériques. » L'un des juges, non agrégés, ne voulut pas laisser perdre une telle remarque, et crut devoir la mettre à profit pour prouver ses connaissances fort discutables. Voici le brillant parti qu'il en tira.

« Dès que le candidat eut décrit les lésions cérébrales observées sur son sujet et énuméré les conclusions qu'on en pouvait tirer : « Je reprocherai au candidat, dit le juge à l'ouïe trop fine, de n'avoir pas fait remarquer que l'inspection seule de l'encéphale suffisait à démontrer qu'on était en présence d'un cas de choléra. » — « Voilà la remarque d'un grand médecin », appuya l'un des professeurs. Cette fois le rire des assistants fut très sonore. »

Certes, le ridicule est une arme vengeresse puissante, mais n'est-il pas navrant d'être obligé de rire d'une chose aussi sérieuse qu'un concours d'agrégation en médecine ?

Malgré tout, j'ai bon espoir. S'il est difficile d'attirer sur ce point l'attention du ministre de la guerre qui a tant à faire, si c'est une entreprise immense, si les efforts accumulés de plusieurs générations sont nécessaires pour modifier un règlement défectueux, j'espère néanmoins que, le public étant prévenu, les juges des prochains concours d'agrégation à l'Ecole de médecine militaire seront choisis parmi les médecins instruits, auteurs de quelques travaux scientifiques. Il n'en manque pas dans le corps de santé.

Dr Didelon.

N. B. Notre article précédent sur le même sujet ayant causé quelque émotion, nous tenons à dire que l'auteur n'a été inspiré en aucune façon par le Val-de-Grâce; c'est un ancien médecin militaire, par suite indépendant, et qui se réserve de revenir encore, s'il y a lieu, sur la question.

(*La Rédaction.*)

Neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie

TENU A WASHINGTON DU 5 AU 10 SEPTEMBRE 1887 (1).

Section des maladies des enfants.

Président, J. Lewis Smith (de New-York).

---

1) Suite. — Voir les numéros des 22 septembre, 15, 20, 25 et 27 octobre 1887.

Le président trouve qu'il y a lieu de se féliciter du grand nombre de communications d'un intérêt tout pratique qui vont être présentées à la section, et dont voici les principales :

Docteur Jules Simon (de Paris), sur une *forme d'irritation cérébrale chez les enfants*.

Elle ne résulte point de lésions organiques, elle n'est pas d'origine héréditaire ou syphilitique, mais elle est due à la manière déplorable dont on élève les enfants. Leur sommeil est souvent interrompu, ils sont sous le coup d'excitations constantes qui finissent par produire des vomissements et des convulsions. Vers l'âge de 5 ans, ou ils guérissent, ou ils succombent à la sclérose cérébrale, l'épilepsie ou la méningite. Le médecin doit interdire toute cause d'excitation. La campagne ou le bord de la mer doit être préféré comme lieu d'habitation.

M. de Saint-Germain n'a pu se rendre au Congrès et envoie une courte note dans laquelle il propose de substituer l'ignipuncture des amygdales à la tonsillotomie, et la dilatation du prépuce à la circoncision.

Docteur Lewis A. Sayre (de New-York), sur les *conséquences nuisibles du prépuce étroit et des adhérences préputiales*.

On admet en général, de nos jours, que la pression du prépuce sur le gland peut donner lieu à des phénomènes de paralysie et à d'autres accidents nerveux. Le seul mode de traitement consiste à faire disparaître la constriction et à permettre au prépuce de glisser facilement sur le gland.

Dans certains cas, pour obtenir ce résultat, on est obligé d'avoir recours à la circoncision, ou à l'ablation d'une portion du prépuce, avec dissection des vraies adhérences qui peuvent exister. Souvent, il n'est pas nécessaire d'enlever une partie du prépuce et l'on peut détruire les adhérences à l'aide de la sonde cannelée, faire une légère incision dorsale, libérer le frein et ainsi découvrir le gland. L'ablation complète du prépuce laissant le gland entièrement à découvert, ne doit pas se pratiquer. Il existe, sans doute, toute une série de manifestations nerveuses anormales et extraordinaires, qui dépendent uniquement d'une irritation des organes génitaux; l'intervention chirurgicale les fait disparaître instantanément. Il est évident que l'opération reste sans résultat lorsque les accidents ont une origine centrale.

Les docteurs De F. Willard, J.-N. Love, S.-C. Gordon et P.-R. Furbeck partagent entièrement l'opinion du docteur Sayre.

Docteur C.-W. Earle (de Chicago) : *Investigation dans le but de déterminer si l'absence d'infection des eaux et des égouts peut influer sur la fréquence et la gravité de la diphthérie*.

La maladie existe dans les montagnes et dans les grandes prairies du Nord-Ouest. Elle est tout aussi mortelle dans les localités où il n'existe pas d'égouts. L'infection se transporte à des centaines de lieues au moyen d'un véhicule inconnu.

Docteur Moncorvo, sur la *syphilis héréditaire et le rachitisme au Brésil*. A Rio-Janeiro et dans les environs, 60 p. 100 des maladies d'enfants ont comme étiologie la syphilis des parents. Malgré l'avis contraire émis au Congrès de 1881 par le docteur C. West, l'auteur a diagnostiqué le rachitisme chez 45 p. 100 de ses jeunes malades.

Docteur William Stephenson (d'Aberdeen), sur la *croissance chez les enfants*. Les conséquences cliniques de la croissance plus ou moins rapide de l'enfant ont une importance très grande. Si, par exemple, pendant l'année qui vient de s'écouler, l'augmentation en poids d'un jeune garçon a été du double ou du triple de ce qu'elle a été dans d'autres années, l'enfant est-il capable de supporter plus ou moins de fatigue mentale et physique? La fille croît le plus rapidement entre 11 et 13 ans, le garçon entre 14 et 16 ans. L'auteur considère que nombre des phénomènes qui se déclarent à l'âge de la puberté sont attribuables à cette activité dans la croissance.

Professeur Victor C. Vaughan, sur l'*emploi du lait de vache dans l'alimentation artificielle des enfants*. Lorsque le lait de vache a subi la plus légère altération, il contient un principe qui donne naissance au choléra infantum. Pendant la saison chaude, Vaughan conseille de l'employer avec les plus grandes précautions :

Le docteur R.-B. White pose les règles suivantes :

1° Examiner le lait au papier de tournesol et y ajouter de l'eau de chaux, si c'est nécessaire. 2° N'en donner qu'une petite quantité dans les vingt-quatre heures. 3° Se servir de bouteilles de la grandeur voulue pour qu'elles contiennent juste assez de lait pour un seul repas. Celles dont on ne se sert pas doivent être lavées à l'eau chaude et gardées dans une solution alcaline. 4° Conserver le lait sur la glace, après qu'il a été amené au point d'ébullition.

Les docteurs A.-E. Goodwin et W.-D. Booker sont de l'avis du professeur Vaughan.

Docteur William P. Northrup (de New-York) : *L'anatomie pathologique de la diphthérie laryngée dans ses rapports avec l'intubation.*

On ne trouve chez les enfants morts de trois à sept jours après l'introduction du tube d'O'Dwyer qu'une érosion superficielle de l'épithélium. Lorsque la maladie est accompagnée de complications graves, l'extrémité inférieure du tube produit une ulcération assez profonde sur la paroi antérieure de la trachée. Dans les 116 autopsies qu'il a pratiquées, il n'a jamais trouvé ni lait ni substance étrangère dans les bronches.

Le tubage du larynx dans le rétrécissement et dans l'asphyxie du croup, par le docteur E. Bouchut (de Paris).

En 1858, l'auteur avait déjà fait le tubage du larynx chez plusieurs enfants. Il avait obtenu trois guérisons sur dix cas. Puis il donne l'observation détaillée d'un enfant de dix-huit mois, dans le larynx duquel il introduisit une canule en argent et qui guérit en fort peu de temps.

Docteur J. O'Dwyer (de New-York), sur l'*intubation du larynx.*

Il commença ses expériences en 1880, au New-York Foundling Asylum. La trachéotomie n'y avait pas donné un seul résultat heureux depuis quelque temps. Beaucoup de médecins hésitent à pratiquer une opération dangereuse et difficile ; le vulgaire ne peut comprendre que, pour soulager un enfant, il faille lui couper la gorge.

Le docteur O'Dwyer se servit d'abord d'un cathéter prostatique qu'il introduisait par le nez, mais il dut abandonner ce procédé, car le patient enlevait lui-même l'instrument. Il fit alors construire un tube court, qu'il a depuis modifié plusieurs fois avant d'arriver à un appareil satisfaisant, dont il se sert aujourd'hui.

La partie du tube située au-dessus de l'orifice supérieur s'élargit graduellement; la pression des cordes vocales sur ces parois inclinées et le poids du tube lui-même empêchent son expulsion lors d'un accès de toux. Le tube n'est pas assez large pour être serré par le larynx, afin qu'il puisse être expulsé s'il se formait des masses de pseudomembranes trop considérables pour passer par son ouverture. C'est là la raison pour laquelle le tube ne reste pas toujours en place, même lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes.

L'intubation est, en apparence, une opération simple; mais elle ne l'est, en vérité, pas. Le médecin habile la pratiquera facilement dans un cas ordinaire, mais il rencontrera beaucoup de difficultés dans un mauvais cas. L'intubation ne deviendra jamais un agent de guérison satisfaisant, car elle ne saurait influer sur les complications qui rendent le croup membraneux si fatal.

Dans la comparaison entre la trachéotomie et l'intubation, il ne s'agit pas de déterminer si l'une des opérations donnera plus de succès que l'autre; la question est celle-ci : Laquelle sera pratiquée le plus souvent? A laquelle les parents se soumettront-ils le plus facilement?

Docteur F.-E. Waxham (de Chicago), sur l'*intubation du larynx, ses avantages et ses désavantages; statistiques de l'opération.*

Elle n'est pas facile à pratiquer, le tube est difficile à retirer; il entrave souvent la déglutition. D'un autre côté, on peut la faire instantanément sans douleur, sans hémorrhagie, sans choc; le tube n'a pas besoin d'être nettoyé, le traitement subséquent est très simple. L'intubation a été faite mille fois depuis deux ans; elle a sauvé d'une mort certaine deux cent soixante-neuf personnes.

Le docteur Charles G. Jennings (de Détroit) préfère la trachéotomie; d'abord, il y a

obtenu de meilleurs résultats, puis il redoute les difficultés dans l'alimentation que suscite l'introduction du tube dans le larynx.

Docteur Cyrus Edson (de New-York), sur le *lait dans les villes*. Il faut en bannir le lait impur ou infecté; il devrait y avoir une inspection spéciale de tous les troupeaux d'un pays, afin de détruire les animaux souffrant de tuberculose et d'isoler ceux qui sont atteints de maladies contagieuses.

Docteur Paul Redard (de Paris), sur le *traitement de tumeurs érectiles par l'électrolyse* Il préfère la méthode de Ciniselli (de Crémone); elle est peu douloureuse et ne laisse pas de cicatrice.

Docteur de Valcourt (de Paris): *Le traitement de la tuberculose par les bains de mer.*

Docteur Isaac N. Love (de Saint-Louis) : *La cachexie des enfants.* Il passe en revue une catégorie de cas différents de ceux dont la cause est la tuberculose, la syphilis ou le catarrhe intestinal. Les muscles sont atrophiés, la peau est ridée et desséchée, la figure est fanée et vieille.

Docteur William-Henry Day (de Londres) : *Quelques observations de céphalalgie chez les enfants et leur rapport avec l'éducation mentale.* Le surmenage intellectuel est certainement la cause d'un mal de tête à symptômes nerveux spéciaux.

Docteur William D. Booker, du John Hopkin's University : *Etude de quelques-unes des bactéries trouvées dans les selles d'enfants atteints de diarrhée.* Il en a découvert douze espèces différentes; deux d'entre elles seulement liquéfient la gélatine. Les unes amènent la coagulation de la caséine avec une réaction acide, une seule espèce est accompagnée de réaction alcaline, une donne au lait l'apparence de peptone, d'autres encore n'y produisent aucune altération.

Professeur Albert R. Leeds, du Stevens Institute, de New-Jersey : *L'alimentation des enfants.*

Professeur d'Espine (de Genève) : *Observations sur la pneumonie vraie ou lobaire chez les enfants.*

Il existe chez les enfants une forme spéciale de pneumonie vraie, que l'on peut appeler centrale, d'après sa localisation; congestive, d'après la violence des phénomènes inflammatoires, et abortive quand sa durée se limite à deux ou trois jours. Elle se rencontre au sommet et dans l'intérieur du lobe supérieur; on obtient difficilement des signes physiques. L'examen microscopique des crachats démontre la présence du microbe qui se trouve ordinairement dans la pneumonie. La terminaison est exceptionnellement fatale, et, si elle l'est, des complications en sont la cause. Elle est quelquefois précédée de gangrène ou d'hépatisation grise. Le traitement doit tendre à faire diminuer l'inflammation : bains tièdes, compresses de Priessnitz, etc.

Docteur Henry Ashby (de Manchester), sur la *néphrite de la scarlatine au point de vue clinique et pathologique.*

Docteur Frank Grauer (de New-York) : *Caractères anatomiques de la néphrite scarlatineuse.*

Docteur William E. Balkville (de Londres) : *Traitement du pied-bot congénital, avec démonstration d'appareils.* Il croit que la ténotomie est indiquée dans la majorité des cas et montre une série d'appareils ingénieux.

Docteur Lewis A. Sayre (de New-York) : *La section des tissus contracturés est nécessaire avant que les moyens mécaniques puissent agir.*

Le vice-président, A.-B. Judson, fait quelques remarques sur le traitement du pied-bot, qui est surtout important lorsque l'enfant commence à marcher.

Le docteur Edmund Owen (de Londres) est partisan de ce qui est connu sous le nom de méthode américaine, c'est-à-dire la division successive des tendons. Il se sert de l'appareil plâtré.

Les docteurs R. Lewis, Hingston (de Montréal) et D.-A.-K. Steel (de Chicago) prennent part à la discussion.

Suivent les mémoires suivants :

Correction forcée de la contraction du genou, par le docteur E.-H. Bradford (de Boston). — *Les progrès de la chirurgie orthopédique,* par M. Noble Smith (de Londres). — *Ankylose du genou dans l'extension comme remède à la difformité et à l'atrophie qui résultent de la poliomyélite aiguë des enfants,* par le docteur Stephen Smith (de New-York). — *Le traitement de la déviation latérale de la colonne vertébrale,* par le docteur James Knight (de New-York). — *Les résultats du traitement de la coxalgie par la méthode américaine,* par le docteur Judson (de New-York). — *Le traitement des hypertrophies glandulaires strumeuses du cou,* par le docteur Martin G.-B. Oxley (de Liverpool). — *La nature et le traitement antiseptique de la coqueluche,* par le docteur Moncorvo (de Rio-Janeiro). — *L'acétonurie chez les enfants,* par le docteur A. Baginsky (de Berlin). — *Les tumeurs médiastines chez les enfants,* par le docteur Oscar Wyss (de Genève).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 octobre 1887.

Sommaire : *Vergetures du thorax chez un phthisique. — Vergetures consécutives à des syphilides secondaires. — Epidémie intérieure de fièvre typhoïde à Beaujon. — La question de l'eau dans les hôpitaux.*

M. Troisier montre des photographies représentant des vergetures que présentait sur la peau de la partie latérale du tronc et au niveau du genou un phthisique de son service. Cet homme eut une tuberculose pulmonaire commune qui évolua en dix-huit mois. Ce ne fut qu'un mois après l'entrée du malade à l'hôpital que les vergetures furent constatées par hasard; on ne peut donc préciser l'époque de leur apparition; mais, comme elles étaient violacées, on peut affirmer qu'elles étaient récentes encore. Le malade étant mort, on ne trouva à l'autopsie que des lésions pulmonaires banales, adhérences du lobe supérieur du poumon droit, caverne dans le sommet opposé au côté des vergetures; pas traces d'épanchement, ni de pneumothorax. On peut donc écarter comme explication pathogénique celle qui invoquerait la distensions du thorax, comme M. Gilbert l'a dit récemment à propos d'un cas de vergetures du thorax chez un malade ayant eu une pleuro-pneumonie. — Admettra-t-on l'idée d'un trouble trophique, comme l'a fait Thaon, qui avait observé des vergetures parallèles aux espaces intercostaux et voyait dans cette disposition une relation avec une névrite de ces nerfs? M. Féré a bien signalé des vergetures chez certains névropathes, sur la région lombaire, mais sans nier qu'il pût y avoir là une simple coïncidence. Le malade de M. Troisier n'avait ressenti d'ailleurs aucune douleur intercostale; chez lui, la sensibilité de la peau était normale au niveau des espaces.

L'examen histologique pratiqué par M. Troisier. de concert avec M. Ménétrier, a permis de constater les lésions suivantes. L'épithélium, normal d'aspect, était peut-être un peu aminci. Les faisceaux du tissu fibreux du derme, au lieu de former comme à l'ordinaire un réseau, étaient disposés en bandes parallèles réunissant comme un pont les deux bords de la vergeture. Les lésions les plus dignes d'attention portaient sur le tissu élastique; le réseau élastique semblait avoir été étiré; quelques fibres étaient cassées, revenues sur elles-mêmes, comme ayant quitté leurs points d'attache pour se recroqueviller vers les bords de la vergeture. En résumé, la lésion de la peau se résume en un étirement des fibres lamineuses et élastiques. Des recherches faites comparativement sur les vergetures vulgaires des seins et de l'abdomen chez les femmes après la grossesse ont montré à M. Troisier et à M. Ménétrier que les lésions sont les mêmes. Hebra et Kaposi ont donc tort de décrire les vergetures comme résultant d'atrophie de la peau.

La science ne possédait encore que trois observations de vergetures du thorax : celle de Thaon, publiée en 1880 à la Société clinique, mentionne que les vergetures se trou-

vaient, chez un phthisique, du côté opposé à un pneumothorax; aussi l'auteur propose-t-il une théorie trophique : celle de Gimbert, de Cannes (Soc. clinique, 1886), pneumothorax aussi, mais vergetures du même côté, ce qui conduit l'auteur a admettre la distension; enfin, celle de Gilbert (1887), qui admet aussi la distension chez un malade ayant eu une pneumonie avec pleurésie du côté opposé aux vergetures.

M. Du Castel : On ne sait généralement pas à quelle époque se sont montrées ces vergetures, et c'est peut-être à tort qu'on les attribue à la dernière maladie. Les vergetures sont fréquentes chez les polysarciques quand ils sont amaigris; il est même à noter qu'elles se montrent non pas tant que la peau est distendue, mais quand elle est devenue trop large.

M. Troisier est porté à attribuer plus d'importance à l'âge des sujets. Ce sont tous des adolescents.

— M. Balzer communique deux observations de vergetures consécutives à des syphilides secondaires. Cette lésion a déjà été signalée dans la syphilis. M. Fournier en a fait même mouler un exemple qui se trouve au musée de Saint-Louis. C'est à Lourcine que M. Balzer a recueilli les deux cas suivants.

Une fille de 17 ans entre à l'hôpital avec des accidents syphilitiques secondaires, plaques muqueuses; elle a fait, quinze jours auparavant, une fausse couche de cinq mois. Sur l'abdomen, les cuisses et les fesses se voient des vergetures allongées parallèles, évidemment attribuables à la grossesse. Mais en outre, sur les épaules, la nuque, la poitrine se voient d'autres vergetures de forme irrégulière, quelques-unes striées et correspondantes aux points où existaient des syphilides papulo-squameuses. Le doigt passant sur la peau à ce niveau perçoit une cupule, une lacune dans le derme. Quel rôle convient-il de faire jouer à la grossesse et à la syphilis dans la pathogénie de ces vergetures? La première a dû certainement avoir une influence, mais les syphilides ont aussi pu amoindrir la résistance du derme dans ces points. La grossesse engendre certainement des troubles trophiques, ainsi l'adiposité, la pigmentation.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une fille de 22 ans, n'ayant d'autres antécédents qu'une variole à 8 ans et une grossesse normale à 17 ans. Elle contracta la syphilis à 18 ans ; parmi les accidents secondaires se montrèrent des syphilides papulo-squameuses au niveau desquelles se sont manifestées ultérieurement des dépressions analogues aux vergetures. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette malade est enceinte de sept mois; elle a des varices, des ulcérations syphilitiques, de la pigmentation syphilitique du cou. Outre les vergetures qu'ont laissées sa première grossesse, on en remarque chez elle un très grand nombre dans les points les plus divers : sur le dos, sur le cou, dans les régions sous-claviculaires, sur la face même, sur les bras et les avant-bras, sur les cuisses et les genoux, même au devant des rotules; les unes sont arrondies, d'autres ovalaires ou elliptiques, plus ou moins saillantes, mais dépressibles. Toutes ces vergetures siègent en des points où, suivant les affirmations positives de la malade, ont existé des boutons rouges, durs, lisses qui ont desquamé, c'est-à-dire des syphilides papulo-squameuses.

M. Millard a toujours vu et enseigné que presque toutes les syphilides papulo-squameuses laissent des traces cicatricielles de leur passage; mais il n'a jamais songé à considérer ces traces comme des vergetures. L'expression lui semble nouvelle, mais non le fait.

M. Balzer : On ne peut assimiler les lésions en question à des cicatrices, puisqu'on n'y trouve pas de tissu cicatriciel, inodulaire; il s'agit bien de vergetures, elles diffèrent seulement par leur forme et leur étendue de celles de la grossesse.

M. Lailler pense qu'il faudrait d'abord définir ce qu'on doit entendre par le mot de vergeture. Quant aux traces que laissent les éruptions papulo-squameuses, elles ne persistent pas en général plus de quinze mois à deux ans.

M. Troisier croit qu'on pourrait trouver la base d'une définition des vergetures dans les lésions histologiques qu'il vient de décrire tout à l'heure.

M. Lailler se demande si on peut considérer la présence du tissu inodulaire comme la condition *sine qua non* d'une cicatrice. Il y a des gommes qui peuvent guérir sans qu'il y ait une perte de substance dont la réparation nécessite la formation de tissu cicatriciel.

M. Balzer : Ce dernier ne manque jamais dans les gommes qui se sont caséifiées. Mais, si les éléments exsudés sont repris par résorption, il n'y a pas de perte de substance à combler; par suite, pas de tissu cicatriciel. Il ne voit pas quel nom on peut donner aux lésions qu'il a décrites si on repousse celui de vergeture.

M. Merklen dit que le nom de macules atrophiques a été employés.

— M. Fernet raconte que, dans un service de chirurgie de l'hôpital Beaujon, quatre cas intérieurs de fièvre typhoïde se sont montrés en quinze jours ou trois semaines. Un cinquième cas s'est déclaré chez une femme du service d'accouchements. M. Fernet a examiné comment ces cas avaient pu se produire, et voici l'explication qu'il a trouvée. Dans chaque salle se trouvent trois robinets : un d'eau chaude, deux d'eau froide. De ces deux, l'un amène l'eau de la Seine après qu'elle a traversé dans l'hôpital un filtre composé d'éponge, de sable et peut-être de charbon; l'autre amène l'eau de source de la Vanne non filtrée, mais que l'on considère en général comme pure et dont l'Administration prescrit l'emploi comme eau potable. M. Fernet s'est assuré que, pendant ces derniers mois, la distribution d'eau de Vanne n'a jamais été interrompue dans le VIIIe arrondissement où se trouve l'hôpital Beaujon; mais un infirmier lui a dit que plusieurs de ses camarades, et probablement aussi certains malades, préféraient comme boisson l'eau de Seine, parce qu'ils la trouvaient plus agréable au goût et qu'elle sort d'un robinet plus commode à manier. Or, le filtre que cette eau traverse, suffisant pour la clarifier, est incapable d'arrêter les germes pathogènes. M. Fernet appelle l'attention de l'administration sur cette question.

M. Millard dit que le conseil de l'Assistance publique se préoccupe depuis longtemps de la filtration de l'eau dans les hôpitaux, mais qu'elle soulève de grosses difficultés financières.

M. Lailler reconnaît que c'est une question délicate à résoudre. Il n'y aura jamais assez d'eau de source pour qu'on supprime l'emploi de l'eau de Seine dans les salles pour les lavages. Dans son service, il a résolu dans une certaine mesure la difficulté en faisant écrire au-dessus du robinet d'eau de Seine : « *dangereuse à boire* », et il exige que l'on ne donne à ses malades que de l'eau préalablement bouillie.

M. Labbé pense qu'on pourrait, sans des frais excessifs, installer dans chaque service un filtre Chamberland, comme l'a fait M. Terrier à l'hôpital Bichat, afin de s'assurer de l'eau exempte de germes pour le pansement de ses opérés. — P. L. G.

FORMULAIRE

Injection substitutive contre la blennorrhée. — Diday.

Nitrate d'argent cristallisé	0 gr. 40 centigr.
Eau distillée	20 grammes.

Faites dissoudre. — Lorsque la blennorrhée date de deux, quatre ou dix ans, qu'elle est indolente et immuable, il y a lieu de recourir à la médication substitutive. L'auteur conseille, en pareil cas, de faire deux injections par jour, avec plein une cuillerée à bouche d'eau distillée, dans laquelle on verse d'abord deux gouttes de la solution ci-dessus. — Tous les jours, on augmente de deux gouttes, jusqu'à ce que l'ont soit arrivé à provoquer une irritation assez forte. On cesse alors les injections. — Si, huit jours après les avoir cessées, il existe encore de l'écoulement, on y a de nouveau recours, mais en allant cette fois jusqu'à un plus grand nombre de gouttes, de manière à obtenir une irritation plus vive que la première fois. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le professeur R. Quain, dont nous annoncions la mort dans un de nos derniers numéros, a légué presque toute sa fortune au Collège de l'Université de Londres, presque deux millions !

— La chaire de polyclinique médicale de Wurtzbourg, laissée vacante par la mort du professeur Geigel, est confiée au docteur Matterstock.

Trichinose a Hambourg. — 72 cas de trichinose ont été déclarés à Hambourg du 21 août au 15 septembre, 9 personnes moururent de la maladie. On possède des renseignements médicaux sur 47 cas qui ont été étudiés scrupuleusement; sur ces 47 malades 14 furent très gravement atteints, chez 13 autres l'affection eut une intensité moyenne, la maladie fut enfin légère chez les 20 derniers.

Les symptômes les plus accusés furent l'œdème et les douleurs musculaires; les troubles digestifs et les excerbations fébriles furent fréquentes ainsi que la difficulté dans les mouvements de la respiration et de la déglutition.

Dans 3 observations, des excisions musculaires permirent de constater les parasites à l'aide des préparations microscopiques. Les recherches à ce point de vue furent négatives une seule fois; dans un cas, on retrouva les trichines dans les selles. De plus, deux autopsies permirent de faire toutes les constatations désirables pour ne laisser aucun doute au diagnostic.

Le plus souvent les habitants d'une même maison, les membres d'une même famille vivant sous le même toit étaient pris du mal simultanément ou à quelque jours de distance.

L'enquête sur les causes de l'affection ne donna pas toujours un résultat positif. On ne put en établir l'origine vraie que dans 24 cas seulement : saucisses, jambons, viande de porcs provenant de trois boucheries.

Pendant que se produisait cette épidémie, 22 porcs trichinés furent découverts par les inspecteurs de Hambourg. Ces animaux contaminés venaient du Danemark, 10 autres de même provenance avaient été refusés depuis le commencement de l'année. (*Veræffentlichungen des K. Gesundheitsamts de Berlin*, 11 octobre).

— Nous annonçons avec le plus grand plaisir la fondation d'un journal scandinave devant se publier en français et ayant pour titre *Archives scandinaves de biologie*. Le nouvel organe doit faire connaître les travaux des savants suédois, norvégiens et finlandais. Toutes nos sympathies à la nouvelle publication. — Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Année scolaire 1887-1888.* — Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 novembre 1887.

COURS

Physique médicale. — M. Gariel : Électricité. — Optique. — Notions générales. — Applications à la physiologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy : Maladies de l'appareil digestif. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures (Grand amphithéâtre).

Chimie médicale. — M. Gautier : 1° Chimie médicale : applications médicales des métalloïdes et des métaux ; 2° chimie physiologique : principes constitutifs des êtres vivants. — Nutrition générale. — Jeudi, samedi, mardi, à une heure (Grand amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue : La chirurgie de la tête : face, crâne et encéphale. — Lundi, mercredi, vendredi, à trois heures (Grand amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Duplay : Traitement des maladies des organes génitaux

et urinaires chez l'homme et chez la femme. — Opérations qui se pratiquent sur ces organes. — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (Grand amphithéâtre).

Histologie. — M. Mathias-Duval : Le sang et les vaisseaux : les muqueuses et les glandes ; l'appareil génito-urinaire et les éléments de la génération. — Mardi, jeudi, samedi, à cinq heures (Grand amphithéâtre).

Anatomie pathologique. — M. Cornil : Anatomie pathologique générale. — Altérations des cellules. — Inflammations. — Mortifications. — Dégénérescences. — Néoplasmes. — Parasites végétaux (bactéries) et animaux. — Lésions des os et des articulations. — Autopsies. — Lundi, mercredi, vendredi, à cinq heures, Faculté (Grand amphithéâtre), à une heure et demie. École pratique (Amphithéâtre Bichat), à l'Hôtel-Dieu.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène : Harvey et la circulation du sang. — Histoire des maladies parasitaires (*suite*). — Mardi, jeudi, samedi, à quatre heures (Petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel : Conférences de médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

Cliniques médicales. — MM. G. Sée, lundi et mercredi, à neuf heures un quart à l'Hôtel-Dieu. — Potain, mardi et samedi, à dix heures à la Charité. — Jaccoud, mardi et samedi, à neuf heures et demie à la Pitié. — Peter, mercredi et vendredi, à neuf heures et demie à l'hôpital Necker.

Cliniques chirurgicales. — MM. Richet, mardi, et samedi, à dix heures à l'Hôtel-Dieu. — Verneuil, lundi, mercredi, vendredi, à dix heures à la Pitié. — Trélat, lundi, mercredi, vendredi, à dix heures à la Charité. — Le Fort, mardi et jeudi, à neuf heures et demie à l'hôpital Necker.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball, dimanche et jeudi, à dix heures à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher, mardi et samedi, à dix heures à l'hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Fournier, mardi et vendredi, à neuf heures à l'hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Charcot, mardi et vendredi, à neuf heures et demie à la Salpêtrière.

Clinique ophthalmologique. — M. Panas, lundi et vendredi, à dix heures à l'Hôtel-Dieu.

Clinique d'accouchements. — M. N..., M. Budin, agrégé, chargé de cours, mardi, jeudi, samedi, à neuf heures à la Clinique de la Faculté.

Visite des malades tous les matins.

CONCOURS DE L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON. — Ont été nommés :

Externes titulaires : N° 1, Chatin ; 2, Guillermet ; 3, Morand ; 4, Nicolas ; 5, Pézerat ; 6, Artaud ; 7, Durbesson ; 8, Brosset ; 9, Coignet ; 10, Vivien ; 11, Duval ; 12, Tézénas du Moncel ; 13, Layral.

Suppléants : N° 1, Humbert ; 2, Caillet ; 3, Martel ; 4, Charmensat ; 5, Pauly ; 6, Pignal ; 7, Bonnet ; 8, Foillard ; 9, Malafosse ; 10, Payerne ; 11, Baissas ; 12, Bouchacourt ; 13, Michel Faure ; 14, Bonan ; 15, Louis Faure ; 16, Choupin ; 17, Bertrand ; 18, Paviot ; 19, Berthaud ; 20, Bouilloud ; 21, Siraud ; 22, Liaudet.

La première place (prix Saint-Olive) a été obtenue par le fils d'un médecin de Lyon, le regretté docteur Chatin, qui était médecin des hôpitaux et professeur suppléant à l'Ecole de médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'hystérie alcoolique,

Par le docteur Ferdinand DREYFOUS,

Ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint
de la Faculté de médecine.

C'est à la Société médicale des hôpitaux, en 1886, que fut pour la première fois prononcé le mot d'*hystérie toxique*. En terminant son importante communication sur l'apoplexie hystérique, notre maître, M. Debove (1), s'exprimait ainsi : « En dehors de l'hystérie, on observe encore « l'hémianesthésie (sans lésion organique) dans les intoxications satur- « nine, alcoolique, mercurielle; c'est un sujet sur lequel j'ai déjà attiré « l'attention de la Société; j'ai fait en même temps remarquer la curabi- « lité de ces accidents par les agents esthésiogènes. Je ne séparerai pas « ces accidents de l'hystérie, et je dirai qu'il s'agit d'une sorte d'hystérie « symptomatique, d'une *hystérie toxique*. Veuillez bien remarquer que, « quand un saturnin présente des accidents convulsifs, le mot d'épilepsie « symptomatique ne nous choque pas; il ne me répugne pas davantage de « dire qu'il s'agit d'une hystérie symptomatique lorsqu'un saturnin pré- » sente de l'hémianesthésie, *syndrome, pour nous, à peu près caractéris- « tique de l'hystérie.* » Dès lors se trouvait créée la notion des hystéries toxiques.

C'est sous l'inspiration de M. Debove (2) qu'un de ses élèves, M. Ch. Achard (3), étudiant l'apoplexie hystérique, fait une place à part aux hystéries saturnine, mercurielle et alcoolique. Toutefois, l'hystérie alcoolique n'est qu'à peine indiquée dans son excellent travail; l'auteur n'en donne que deux observations. Toute l'attention paraît s'être concentrée sur les hystéries saturnine et mercurielle.

Tandis que les professeurs Charcot (4) et Potain (5) dans leur enseignement clinique démontrent la relation maintenant évidente entre l'hystérie et le saturnisme, et que le professeur Potain signale le premier le phénomène du transfert de la paralysie des extenseurs, M. Letulle (6) donne la première description complète de l'hystérie saturnine. En outre de l'hémianesthésie et de l'apoplexie, il rattache à cette variété d'hystérie symptomatique certaines monoplégies décrites par les auteurs, mais non classées parmi les manifestations de l'hystérie, les contractures circonscrites dont il cite deux exemples et des accès de mutisme temporaire.

(1) Debove : *De l'apoplexie hystérique*, Soc. méd. des hôp., 13 août 1886.

(2) Debove : Société médicale des hôpitaux, 1879.

(3) Ch. Achard : *De l'apoplexie hystérique* (thèse de Paris, 1878).

(4) Charcot : *Hémianesthésie hystérique et hémianesthésies toxiques* (*Bulletin médical*, n° 25, 1887).

(5) Potain : *Bulletin médical*, 4 septembre 1887; leçon du 7 janvier 1887.

(6) Letulle : *Saturnisme et hystérie* (*Bulletin médicat*, 1887, n°s 46 et 47).

Le même auteur réunit les faits connus d'hystérie mercurielle. Là, encore, on a signalé les hémianesthésies, les attaques apoplectiques, la contracture circonscrite, l'hémi-chorée posthémiplégique. Et comme dernière preuve à l'appui de sa démonstration, deux fois M. Letulle (1) a pu constater des phénomènes de transfert.

Ce qui a été fait et bien fait pour les deux intoxications mercurielle et saturnine reste à faire pour l'intoxication alcoolique. M. le professeur Charcot (2) a surtout insisté sur l'hémianesthésie alcoolique : « Je crois, dit-il, que les observations d'hémianesthésie alcoolique sont des observations d'hystérie chez les alcooliques ». Nous verrons que cette opinion soutenue par MM. Debove (3) et Charcot (4) repose aujourd'hui sur un nombre respectable de faits.

Les observations qui nous sont personnelles sont déjà anciennes; elles ont été recueillies il y a dix ans à l'Hôtel-Dieu ou à l'asile Sainte-Anne, à une époque où les faits d'hystérie mâle étaient acceptés avec une certaine réserve et considérés comme exceptionnels (5), et où les symptômes de l'hystérie fruste (6) étaient mal connus. Il en résulte certaines lacunes qu'on ne manquerait pas de combler aujourd'hui; tous les stigmates de l'hystérie n'y sont pas signalés. Mais, telles quelles, elles sont, je crois, suffisamment probantes pour qu'on puisse affirmer la nature hystérique des accidents observés.

Pour plusieurs de ces faits, je suis heureux de pouvoir m'appuyer sur la haute autorité de M. Magnan, dont je ne saurais assez reconnaître l'extrême bienveillance (7).

Ce qui m'avais permis de rapprocher ces quatre observations (dans un mémoire présenté au concours pour les prix de l'internat, intitulé : *L'hémianesthésie dans l'épilepsie*), c'est la coïncidence chez ces quatre malades de ces deux symptômes : attaques épileptiformes et hémianesthésie.

Obs. I[re] (inédite, communiquée par M. Magnan en 1877). — *Alcoolisme chronique. Absinthisme. Délire alcoolique. — Père ivrogne. — Première attaque convulsive quarante-deux jours après un incendie où il se fit plusieurs brûlures en 1870. — Deuxième attaque en juillet 1871. — Troisième en mars 1874. — Quatrième en janvier 1876. — Sixième entrée à Sainte-Anne en février 1877. — Attaques convulsives. — Hémianesthésie cutanée et sensorielle. — Hémiplégie motrice incomplète. — Amélioration par les courants continus* (8). — Hier... (Paul), 42 ans, jardinier, ancien militaire, entre le 7 février 1877 pour la sixième

(1) Letulle : *De l'hystérie mercurielle*, Soc. méd. des hôp., 12 août 1887.

(2) Charcot : *Loc. cit.*

(3) Debove : *Loc. cit.*

(4) Charcot : *Loc. cit.*

(5) Ferd. Dreyfous : Société de biologie, 1877, et *Gazette médicale de Paris*, 1878.

(6) Debove : *Recherches sur l'hystérie fruste et la congestion pulmonaire hystérique*, 1882, Soc. méd. des hôp., p. 117.

(7) En raison de l'époque déjà éloignée où ces malades ont été observés par moi, j'ai dû m'assurer que leur histoire n'avait pas encore été publiée dans d'autres mémoires. J'ai comparé mes observations avec celles des différents auteurs, et j'ai pu me convaincre, en comparant les initiales, les prénoms, l'âge, les antécédents, que les quatre observations que je donne comme personnelles sont bien inédites.

(8) Voir Debove : *Note sur l'hémiplégie saturnine et son traitement par l'application d'un aimant* (Soc. méd. des hôpitaux, 24 janvier 1879). — Dumontpallier : Soc. méd. des hôp., 1879, p. 42, et soc. de biologie (*passim*). — Dujardin-Beaumetz et Abadie : Soc. méd. des hôp., 1879. — Gingeot : Soc. méd. des hôp., 1883.

fois. Né d'un père ivrogne, il fut lui-même toujours bien portant jusqu'en 1855. De 1855 à 1869, il fut militaire. Comme tel, il alla en Algérie; il y prit l'habitude de boire de l'eau-de-vie et de l'absinthe, et eut à cette époque un accès de délire alcoolique. Libéré du service en 1869, il continua à faire des excès de boissons. En 1870, à un incendie, il veut sauver une femme des flammes, et se fait plusieurs brûlures; quarante-deux jours après cet accident, il fut pris brusquement d'une attaque épileptique. Au début, il eut jusqu'à quinze attaques dans une seule journée. Ces attaques disparurent à la fin de 1870, après un traitement dans les asiles. Il reprit du service pendant la guerre, y fut sobre, et n'eut que quatre ou cinq attaques dans ce laps de temps.

Le 5 juillet 1871, il entre pour la deuxième fois à l'asile Sainte-Anne, à la suite d'attaques épileptiques sur la voie publique. Il est délirant double, c'est-à-dire qu'il a du délire après l'attaque et du délire alcoolique.

22 mars 1874 (troisième entrée). — Délire alcoolique, hallucinations; il sent des bêtes qui lui mordent la peau, etc. En même temps, il avait eu des attaques d'épilepsie suivies de délire.

11 janvier 1876 (quatrième entrée). — Attaques fréquentes; il est ramassé dans la rue ayant des convulsions. A l'asile, il a encore des attaques suivies d'un double délire; il raconte le délire alcoolique et ne peut pas raconter l'autre.

11 mars 1876 (cinquième entrée). — Mêmes phénomènes morbides.

7 février 1877 (sixième entrée à Sainte-Anne pour des attaques épileptiques). — A la suite de plusieurs attaques, il eut du délire ambitieux, se croyait le comte de Chambord, et de cela il n'a pas le moindre souvenir. A l'asile, il a des hallucinations, voit des chats, des rats; il se souvient de toutes ces visions. Il a une attaque le 8, une le 9, une le 23 février. Les urines ne contiennent *ni sucre, ni albumine.*

Description de l'attaque. — Un peu de pâleur au début; il pousse un cri et tombe à terre. Les bras sont roides; la main droite se place dans la gauche. Puis viennent les convulsions cloniques : les bras et les jambes sont écartés; les pouces fortement fléchis dans la main. Tout le corps s'incline du côté droit, et tombe à droite; la bouche est entr'ouverte; la face grimaçante. L'œil droit regarde en haut et en dehors; le gauche, en haut et en dedans (mais il a un strabisme interne congénital de l'œil gauche). Les pupilles ne se dilatent pas. La face est ensuite cyanosée; une écume sanguinolente sort de la bouche. Puis il reste dans l'hébétude, le stertor. Son regard est fixe; il a des hallucinations, pousse des cris. Tous les accès sont pareils; quelquefois il se mord la langue, ou bien il urine plus fréquemment après qu'avant l'attaque. L'aura n'est pas constante; quand elle existe, ce sont des lueurs rouges ou jaunes qui lui passent devant les yeux.

Depuis trois ans a paru un nouveau phénomène : l'*hémi-anesthésie gauche.*

A l'heure où nous l'observons, elle s'accompagne d'hémiplégie survenue sans ictus et qui aujourd'hui est incomplète, tandis que l'hémi-anesthésie persiste, complète, avec troubles sensoriels.

En effet, de l'*œil* gauche la vision est presque abolie; il distingue bien les couleurs à droite, et point du tout à gauche.

L'*oreille* gauche entend les battements d'une montre à 8 centimètres; l'oreille droite les entend à 70 centimètres de distance.

L'*odorat* est nul pour la narine gauche; de même pour le *goût.*

La sensibilité générale, sous toutes ses formes, est abolie à gauche et reparaît à droite.

A l'ophthalmoscope, l'examen de l'œil gauche est absolument négatif.

Motilité. — Elle est intéressée aussi dans une certaine mesure. Au dynamomètre, la main droite arrive à la 30e division, la gauche à la 16e. Le malade saute moins bien sur le pied gauche.

D'après les renseignements, la faiblesse musculaire paraît postérieure à la perte absolue de la sensibilité à gauche.

Traitement par les courants continus.

Le 7 mars 1877, on fait usage d'un appareil Trouvé à 7 éléments; le pôle négatif

était appliqué sur le bras. Au bout de dix minutes, la sensibilité revient en ce point; la peau y devient rouge.

Puis on a applique 50 éléments de l'appareil et, *au bout d'une minute, la sensibilité revient* dans tout le côté gauche. La sensibilité spéciale s'est améliorée aussi : l'œil gauche distingue un morceau de drap rouge sur un fond de drap noir (ce qu'il ne pouvait faire auparavant).

17 mars. — L'anesthésie était revenue; on applique les électrodes d'une pile à 10 éléments. Au bout d'un quart d'heure, il y a de la rougeur et une vive douleur au point d'application du balai électrique. Dix minutes après, il y a *retour complet de la sensibilité,* et même *hyperesthésie.* De l'autre côté, la sensibilité est normale.

A gauche, la sensibilité spéciale elle-même est améliorée par le traitement. Le malade lit les caractères de 3 millimètres; le goût, l'odorat sont revenus complètement, l'ouïe d'une façon encore incomplète.

L'amélioration par les courants se maintient pendant quelque temps. L'hémiplégie elle-même s'est amendée. Au dynamomètre, la main gauche donne 40, puis 43; la droite, 45. Il y a donc presque égalité.

15 avril. — Après plusieurs séances d'électrisation, le malade sent la douleur; il reconnaît la température des corps, mais moins qu'à droite. Il distingue les deux piqûres du compas à 5 centimètres de distance et une seule à 4 centimètres, et cela des deux côtés du corps. Il reconnaît les couleurs, les odeurs, les saveurs.

Et cependant Hier... ne sent pas un courant à 5 éléments. Le courant à 10 éléments produit une vive douleur; on est obligé d'en suspendre l'application.

Quelques jours après, il eut une attaque convulsive. (*A suivre.*)

Concours d'agrégation à l'Ecole de médecine du Val-de-Grâce.

Ceux qui savent et ceux qui ne savent pas.

En dénonçant l'étonnante composition du jury du concours d'agrégation en médecine à l'Ecole du Val-de-Grâce, nous n'avons fait qu'aborder un petit côté du sujet. La question est plus vaste. L'application de la lettre du règlement de 1878 n'est, en effet, que le plus récent épisode d'une lutte déjà trop longue et qui a compromis les véritables intérêts du corps de santé.

Ce n'est un secret pour aucun médecin militaire que les personnes qui dirigent au ministère de la guerre le corps de santé ont depuis longtemps, pour leurs collègues ayant passé par la filière des concours, une certaine antipathie; tout médecin qui se faisait un nom dans la science leur portait ombrage, à eux s'occupant exclusivement de travaux administratifs et n'ayant jamais abordé aucun concours sérieux.

Dès que M. Legouest, l'éminent médecin inspecteur général, fut atteint par la limite d'âge, les hostilités commencèrent.

Dès lors, tout ce qui, de près ou de loin, tenait au Val-de-Grâce fut mis à l'index.

C'est ainsi que M. Villemin, le savant académicien, dut attendre bien longtemps sa nomination d'inspecteur, à laquelle ses immenses et féconds travaux lui donnaient un droit incontesté; c'est ainsi que fut systématiquement écarté du poste de directeur du service de santé, à la 5e direction, M. Gaujot, ancin interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société de chirurgie, professeur de clinique au Val-de-Grâce, à qui tant de titres portaient préjudice. C'est ainsi que furent envoyés en province M. Mathieu et M. Vallin, membre éminent de l'Académie et du Comité consultatif d'hygiène.

Les agrégés du Val-de-Grâce, en raison des mêmes causes, furent traités avec la plus grande rigueur.

M. Robert, ayant signalé dans son excellent livre sur les *manœuvres d'ambulance* l'absence du pansement antiseptique, fut envoyé au Tonkin. Cette disgrâce imméritée fut, on le sait, le point de départ de la campagne entreprise par M. Lucas Championnière, à l'issue et par suite de laquelle le ministre de la guerre fit remplacer 80,000 kilog. de charpie qui s'accumulaient dans les magasins.

Etre agrégé au Val-de-Grâce constitue aujourd'hui une fort mauvaise note; et tandis que certains médecins du ministère sont promus sans passer par le concours des hôpitaux, tandis que leurs collègues des régiments sont portés au choix sur le tableau d'avancement, les agrégés passent, eux, à l'ancienneté. C'est le cas de MM. V..., R..., etc.

Mais si, grâce aux mêmes causes, les médecins les plus instruits sont relégués en province, par contre les médecins sans notoriété sont appelés à Paris; et cependant aux titulaires des postes parisiens incombent, on le sait, les fonctions d'examinateurs et de juges aux plus difficiles concours. Mais c'est le moyen d'éloigner des concours et des études scientifiques les jeunes médecins. En leur imposant autant que possible des juges incompétents, on leur fait bien compendre que, pour arriver, il faut prendre la voie latérale administrative et éviter avec le plus grand soin l'agrégation et l'école. Jusqu'hier, cependant, on n'avait pas encore poussé ce besoin d'accentuer ce mépris des concours jusqu'à nommer membre du jury d'agrégation un médecin-major de 1re classe. C'est la première fois qu'un tel fait, qu'une telle interprétation du règlement se produit.

Lorsqu'il y a plus d'une année, nous retracions à l'un des professeurs à la Faculté de médecine les nombreux incidents des assauts contre le Val-de-Grâce, « Je sais cela, nous dit notre éminent et honoré maître, mais vos qualifications sont inexactes, ne dites pas que c'est la lutte du ministère contre le Val-de-Grâce, mais que c'est l'éternelle lutte de ceux qui ne savent pas contre ceux qui savent. » Nous espérons que cette lutte touche à sa fin. C'est dans cette pensée que nous avons assumé la responsabilité d'écrire ces choses qui sont, du reste, le secret de Polichinelle.

P. S. — Monsieur et cher rédacteur en chef, vous me mandez dans votre lettre que M. Driout est venu dans les bureaux de l'*Union* et chez vous, chargé par le directeur de rechercher mon nom. Ce fait m'a causé le plus vif étonnement, et j'ai la plus grande peine à croire qu'un médecin-directeur (à Paris, il y en a trois) ait pu charger M. Driout d'une telle besogne.

M. Driout se dit offensé par certaines phrases de mon premier article — « médecin sans notoriété » — « ferait peut-être modeste figure à la place des candidats ». Ces phrases dites en général ne constituent pas une offense. En aucun cas, je n'ai fait allusion aux personnes. Je méprise trop les mesquines questions de personnalités. Mon but, l'article ci-dessus le prouve, est de combattre seulement et uniquement pour le principe.

Ceci dit, je ne puis retirer aucun mot de ce que j'ai écrit; les phrases visées, ainsi que toutes les autres du reste, étant l'expression adéquate et parfaite de ma pensée.

Au surplus, vous savez, mon cher rédacteur en chef, que je suis prêt à défendre, de toute façon, ce que j'ai avancé; que derrière les phrases, opinions et convictions que j'ai émises, on trouvera toujours une poitrine pour les appuyer.

Jusque-là, car dans le camp opposé se trouvent des personnes pour qui j'ai grande sympathie et affection, jusque-là, permettez-moi de rester

Dr DIDELON.

REVUE DES JOURNAUX

De la neurasthénie sexuelle chez l'homme et de son traitement, par KRAFFT-EBING. (Extrait de la *Wiener med. Presse*). — La faiblessse irritable de la fonction génitale chez l'homme a une origine tantôt périphérique, tantôt centrale. Aux causes du premier groupe appartiennent les hyperémies et les catarrhes de l'appareil uro-génital, d'où résultent l'hyperémie des nerfs de la partie membraneuse et de la prostate, et consécutivement l'excitabilité exagérée et la faiblesse irritable du centre de la moelle lombaire. Pour le deuxième groupe, la faiblesse centrale irritable est un symptôme d'une neurasthénie générale, spécialement spinale, héréditaire.

La neurasthénie sexuelle poursuit plusieurs stades en passant de l'un à l'autre.

1er STADE : *Névrose génitale locale.* — Le symptômes consistent en pertes séminales

fréquentes involontaires avec érection pendant le sommeil, en éjaculations précipitées dans le coït et en incommodité locale tenant aux modifications organiques et fonctionnelle de l'organe génital (hyperesthésie de l'urèthre, sensations douloureuses dans le domaine du plexus sacré, sensibilité à la pression de la prostate). Dans ce stade, la perte de la confiance en soi peut conduire à une hypochondrie profonde (suicide). Le pronostic de cet état est favorable quand le malade renonce à des habitudes nuisibles et suit l'hygiène de la vie sexuelle. Dans le cas d'origine périphérique, le traitement doit éloigner les causes (hémorrhagie, hyperémie chronique), lutter contre les incommodités fonctionnelles (hyperesthésie) par l'introduction de bougies de cire, de sondes froides, par les bains, par le traitement galvanique, par les bromures, par les suppositoires et régler une diète convenable (éviter la congestion de l'appareil génital que provoquent le décubitus dorsal, la constipation, un genre de vie voluptueux, un lit chaud, des aliments épicés, la réplétion de la vessie. Le coït est à éviter le plus possible et seulement avec un libido sexualis qui n'est pas à satisfaire; éventuellement, on le permettra. Enfin, le traitement moral est extrêmement important.

2e Stade : *Névrose de la moelle lombaire.* — Ce stade commence à partir du moment où les centres de la moelle lombaire entrent dans l'état de faiblesse irritable, et où s'annoncent les symptômes du côté de la moelle lombaire. Le centre de l'éjaculation est mis en action par l'excitation la plus faible. Le coït est impossible parce que l'éjaculation a lieu dans les préliminaires. L'éjaculation survenant sans érection n'est le plus souvent accompagnée d'aucune sensation voluptueuse. Celle-ci peut même être remplacée par les douleurs qui indiquent une hyperesthésie exagérée de l'urèthre. Ensuite, le centre a besoin d'un plus long temps de repos qu'à l'état normal et le renouvellement du coït n'est possible qu'après un temps plus long.

Pollutions et coït ont une action nuisible sur la santé générale. De l'inquiétude, de l'ennui d'esprit, des douleurs locales à la région des vertèbres lombaires et jusqu'à une irritation spinale prononcée apparaissent. En outre, douleurs excentriques, névralgies dans le domaine du plexus lombo-sacré, contraction des sphincters (cystospasme). Le traitement doit, en première ligne, supprimer la faiblesse irritable de la moelle lombaire. On emploira les frictions tonifiantes, les bains de fleuve et de mer, les courants continus; à l'intérieur, la quinine, l'arsenic, la strychnine, le bromure, le valérianate de zinc, les aphrodisiaques. En outre, on insistera sur la diète, on interdira le coït; on combattra les pollutions par le brome, par exemple.

3o Stade : *Extension de la névrose de la moelle lombaire jusqu'à la neurasthénie générale.* — Vraisemblablement, les individus névropathiques par hérédité arrivent seuls à ce stade. La neurasthénie générale se manifeste d'abord tantôt par des phénomènes cérébraux, tantôt par des phénomènes spinaux suivant les individus. La forme qui se manifeste sur une base sexuelle est bien individualisée par le caractère sauvage, impressionnable des malades, par un manque de confiance en soi, par de l'hypochondrie, par de la perplexité, etc. Ensuite survient une grande tendance à la dyspepsie, à la flatulence, à la constipation, aux variations du pouls, aux alternatives de pâleur et de rougeur. L'origine sexuelle est indiquée par les symptômes du côté de la moelle lombaire déjà mentionnés, dont la gradation engendre la forme de neurasthénie générale sous la participation proéminente de la fonction physique. Quelquefois il survient de la spermatorrhée ou de l'aspermie. L'érection manque habituellemnt. Le pronostic n'exclut pas la guérison, mais il est en général mauvais et on doit craindre le passage à un trouble cérébral plus grave. Le traitement ne peut presque pas être dirigé ailleurs que dans une maison de santé. — P. C.

Origine du virus scarlatineux. — Le virus scarlatineux provient du lait de vache. Telle est la thèse que soutient M. Klein, dans un des derniers numéros de la *Lancet.*

Quoique cette opinion se soit déjà manifestée plusieurs fois sous forme de doute, ce fut seulement sur la fin de l'année passée que le docteur Power fit et publia quelques études sur ce sujet. Il avait observé que le développement de la scarlatine coïncidait fréquemment avec certaine maladie des vaches d'une fabrique de Heudon. Ces faits

furent confirmés à l'occasion d'une autre épidémie de scarlatine à Wimbledon pour laquelle le lait devait être indubitablement mis en cause.

Voici les arguments à l'appui de cette thèse :

1° L'apparition de la scarlatine, chez les buveurs de lait, dans une localité donnée, coïncide exactement avec l'apparition d'une certaine maladie chez les vaches de la même localité.

L'auteur a découvert, dans la mamelle des vaches atteintes, un streptococcus qui, inoculé aux veaux, reproduit la maladie première; les lésions viscérales, dans ces cas, sont semblables à celles qu'on rencontre dans la scarlatine. Dans le sang et les tissus des individus morts de scarlatine, on retrouve ce même streptococcus découvert chez les vaches de Heudon.

2° Le lait des vaches contaminées donné à un singe causa la mort de l'animal; à l'autopsie, on découvrit les lésions de la scarlatine. Les cultures du sang de ce singe permirent de constater la présence du micrococcus incriminé. Inoculées aux animaux, ces cultures déterminaient la mort.

3° Dans le sang des scarlatineux, le streptococcus a pu être retrouvé et cultivé sur la gélatine, la pomme de terre, le sérum, etc. Il se comporte en tout comme celui des vaches de Heudon.

4° Des expériences comparatives, des inoculations faites aux animaux, soit avec le micrococcus du sang humain, soit avec celui de la vache (rats inoculés ou nourris avec le microbe humain et animal), produisirent toujours les mêmes résultats. La plupart des animaux moururent : reins, foie, rate étaient congestionnés; le sang pris dans les ventricules contenait le streptococcus des vaches.

5° Quatre veaux furent nourris, quatre autres furent inoculés avec le virus de scarlatine chez l'homme. Chez tous la maladie se montra avec ses deux manifestations viscérales et cutanées; c'était bien la même affection que celle observée chez les vaches de Heudon l'année précédente. De plus, les cultures du sang pris dans les ventricules de ces veaux permirent d'isoler un micrococcus qui possédait tous les caractères de celui trouvé dans la scarlatine humaine et chez les vaches de la fabrique.

Ovariotomie chez une petite fille. — Les kystes de l'ovaire chez les enfants sont très rares. Il est vrai que Devan et Wierckel ont observé cette affection sur des ovaires non encore développés. On ne trouve dans les traités de gynécologie que huit relations d'ablation de tumeurs ovariennes chez les enfants. Duchamp, en 1885, publia un cas d'ovariotomie chez une petite fille de 3 ans.

L'observation rapportée par Polotelnow (*Centralb. für Gynecologie*, n° 23, 1887) a trait à une fille de 9 ans. Elle souffrait depuis deux ans de douleurs dans l'abdomen. Le ventre augmentait peu à peu de volume. Il atteignait une circonférence de 64 centimètres au-dessus de l'ombilic. La tumeur était plus facilement perceptible à droite, et se composait de deux masses mobiles sphériques et non fluctuantes.

La matrice était celle d'une enfant; le vagin avait une longueur de 8 centimètres.

L'opération fut assez facile, la guérison rapide, sans complication. La tumeur, liquide compris, pesait 2 kilogrammes; le kyste contenait des productions pilifères. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1887. — Présidence de M. Sappey.

M. T. Hering présente un travail sur *le traitement de la phthisie laryngée* par l'acide lactique et le curage des ulcérations. Ce traitement comprend deux points principaux : supprimer l'infiltration tuberculeuse; le second, fortifier l'organisme et le mettre en état de résister au processus tuberculeux. Plusieurs planches représentant des préparations microscopiques accompagnent le travail de M. Hering.

— M. Lavaux lit une *note sur un mode d'antisepsie de l'urèthre et de la vessie; son application au traitement des rétrécissements de l'urèthre.*

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections intra-vésicales sans sonde constituent un moyen simple et inoffensif de faire l'antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie.

2° Ce moyen est applicable au traitement de la plupart des rétrécissements uréthraux.

3° Grâce à cette antisepsie complète, et à l'action antiphlogistique des injections vésicales chaudes faites sans sonde, les complications dues à la dilatation rapide sont maintenant très rares.

4° Dans le traitement des rétrécissements simples et facilement dilatables, la dilatation rapide doit être substituée en général à la dilatation temporaire lente, qui n'a plus guère de raison d'être.

5° Les injections intra-vésicales faites sans sonde suffisent pour entretenir le calibre de l'urèthre dilaté.

6° Les indications de l'uréthrotomie deviennent extrêmement restreintes.

7° Le lavage continu de l'urèthre antérieur et les injections vésicales sans sonde, en permettant de faire une antisepsie complète de l'urèthre et de la vessie, doivent rendre la divulsion et l'uréthrotomie interne beaucoup moins graves.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Le Fort et Trélat.

— M. Féréol lit un rapport général sur les eaux minérales (année 1885), adressé au ministre du commerce.

— M. Siredey lit un rapport sur le prix Daudet.

— M. Onimus présente un travail sur l'*oxydation médicamenteuse par la mousse de platine comme moyen thérapeutique.* Cette oxydation se fait au moyen d'un appareil qui permet de répandre dans l'air les substances médicamenteuses et à leur donner en même temps par oxydation une action plus energique. Cet appareil, construit par M. Collin, se compose essentiellement d'une masse de platine maintenue incondescente par des vapeurs d'alcool, d'éther ou d'essence. L'appareil fonctionne dès que la flamme est éteinte et tant que le foyer formé par la masse de platine reste rouge. Dans ces conditions, il y a oxydation des substances mises en contact avec ce foyer et il se forme de l'ozone et des produits éthérés. Voici quelques-unes des applications thérapeutiques de cet appareil. En employant des teintures alcooliques ou des teintures éthérées, ou en faisant dissoudre les substances dans de l'essence minérale, on obtient des effets très rapides uniquement en laissant pendant quelque temps l'appareil fonctionner dans un appartement.

L'action la plus marquée de ce moyen thérapeutique est de dessécher les muqueuses. Aussi son emploi a-t-il donné des résultats remarquables dans le coryza, la bronchite avec catarrhe, les irritations des fosses nasales ou de la gorge, la fièvre des foins. L'écoulement muqueux est arrêté au bout de peu d'heures en mélangeant à l'alcool de la terpine, du térébène, de l'eucalyptol ou de la teinture d'aconit. Chez deux personnes atteintes de phthisie pulmonaire, en ajoutant à la teinture de terpine un millième de sublimé et en employant en même temps de l'essence minérale, le soulagement a été très marqué. Cette médication est remarquable également par la facilité qu'elle imprime à la respiration. D'où son application chez les asthmatiques et les cardiaques, en ayant soin de l'employer avec un mélange de teinture de belladone. Des expériences faites sur des animaux ont amené une ivresse rapide lorsqu'on employait de l'alcool pur. Si l'on mélange de la strychnine ou de la morphine, l'action de ces substances est très manifeste.

Cet appareil possède, en outre, une action assainissante considérable. Très rapidement, une odeur quelconque est détruite. Des viandes altérées, des liquides organiques décomposés placés dans cette atmosphère ont vu leur fétidité disparaître.

En prenant du sang frais que l'on place dans des conditions ordinaires pour qu'il devienne septicémique, celui qui est en contact avec l'atmosphère dans laquelle se dégagent

les produits d'oxydation ne s'altère que très lentement et les globules du sang s'y distinguent encore le troisième jour, tandis qu'on n'en trove plus traces dans le sang qui était à l'air ordinaire. Dans le premier, les micro-organismes se développent en même temps lentement et en très petite quantité. Des injections faites à des cobayes et à des lapins confirment ces résultats.

— L'Académie se réunit en comité secret pour examiner les rapports sur les prix Daudet, Barbier et Capuron.

— La séance est levée à cinq heures. — E. V.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Suite de la discussion sur les kystes paradentaires. — Plaie pénétrante du crâne avec séjour d'un corps étranger. — Effets de la mélinite. — Orchite paludéenne. — Rapprochement et suture des deux bouts à la suite des ruptures de l'urèthre. — Adénomes du rectum. — Plaie du genou par instrument tranchant. — Mort à la suite du chloroforme, mais non par le chloroforme.

M. Magitot tient à ajouter quelques mots au sujet de la discussion qui a eu lieu à la dernière séance sur la pathogénie des kystes paradentaires. Il tend surtout à confirmer ce qu'il a déjà avancé relativement à la présence de l'épithélium kystique. Il a dit que cet épithélium se développait aux dépens du tissu conjonctif. Or, d'après le texte même d'un article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, dont M. Magitot donne lecture, et signé Renaut, cette opinion ne lui appartient pas en propre, elle est aussi celle de ce dernier auteur. Il ne peut donc admettre la théorie de MM. Malassez et Kirmisson.

Quant aux débris épithéliaux, dont il a été question, il reconnaît volontiers leur présence, mais il ne peut admettre qu'ils entrent dans la formation des kystes paradentaires.

M. Kirmisson n'estime pas que ce soient là des arguments suffisants à l'appui de l'opinion de M. Magitot; car, malgré le texte cité, il n'en est pas moins vrai que l'on ignore encore absolument si le tissu conjonctif est la source de l'épithélium des muqueuses.

M. Polaillon a reçu à l'occasion de cette discussion une lettre du professeur Renaut (de Lyon). Dans cette lettre, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture à la Société, M. Renaut déclare qu'il admet l'origine mésodermique des épithéliums et qu'il se range absolument du côté de M. Malassez, refusant ainsi de s'associer aux idées émises par M. Magitot.

M. Magitot rappelle le texte dont il a donné lecture il y a un instant, et cite les principaux passages et conclut à la contradiction complète de l'article et de la lettre de M. Renaut.

M. Kirmisson demande l'insertion de cette lettre dans les *Bulletins de la Société* et demande à M. Magitot d'apporter d'autres preuves à l'appui de sa thèse; qu'il montre des préparations, des pièces indiscutables, et l'on se rangera à son opinion.

— M. Chauvel constate que, depuis quelques mois, on apporte à la Société de nombreux faits de guérison de coups de feu du crâne, malgré le séjour du projectile dans l'encéphale.

M. Prengrueber fait aujourd'hui connaître un cas de terminaison funeste dans des conditions toutes spéciales. Un cocher, âgé de 28 ans, s'était tiré deux balles dans la tête. L'une glissa sur le crâne, l'autre pénétra dans le cerveau à l'union des régions temporale, frontale et pariétale droite. Pas de perte de connaissance, hémorrhagie abondante. Par l'orifice de pénétration on apercevait la pulpe cérébrale. Extraction du séquestre, pas d'exploration, nettoyage et pansement antiseptique. Le malade est abattu. Au troisième jour, le pouls est petit, irrégulier, défaillant; la sensibilité et l'in-

telligence sont intactes. A la fin du quatrième jour, éclatent des attaques épileptiformes qui font craindre une issue funeste.

M. Prengrueber met le crane à nu au pourtour de la plaie; un mélange de pus et de matière cérébrale s'échappe par les fissures. Il enlève sept à huit esquilles et régularise la plaie. A travers cet orifice, il constate la déchirure de la dure-mère, dont il enlève les lambeaux flottants; les couches superficielles du cerveau sont en bouillie. Après quelques explorations superficielles, il panse à plat, sans fermer la plaie extérieure. Le malade part pour Vincennes le 7 juin. A la fin de juin, le malade vient se montrer avant de reprendre son travail. La cicatrice molle et dépressible avait acquis plus de consistance. Vers le milieu de juillet, des céphalées, des vertiges l'obligent à entrer dans le service de M. Segond. Bientôt, apparaissent une paralysie faciale gauche, une paralysie du bras gauche, puis une hémiplégie complète. Le 12 août, le malade meurt presque subitement.

A l'autopsie, on trouve la balle entre la dure-mère et l'os dans une loge formée aux dépens de la table interne, à trois centimètres de la plaie cutanée; à ce niveau, tout était absolument sain. Un fait qui frappe M. Chauvel, et sur lequel insiste M. Prengrueber, c'est l'absence de toute lésion au niveau du point d'arrêt de la balle. Sous la cicatrice de la fracture, il existe une collection purulente contenant un verre à bordeaux de pus et de détritus cérébraux.

M. Prengrueber croit que, si l'on eût pu intervenir à temps, la simple section de la cicatrice eût suffi pour vider l'abcès et peut-être guérir le malade. D'où cette conclusion, que les projectiles ne sont pas dangereux par leur présence, mais bien par les désordres qu'ils déterminent pendant leur trajet.

M. Chauvel trouve intéressante cette observation, car elle montre qu'avant d'annoncer un succès, il est bon d'attendre quelques semaines et même quelques mois.

Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une fracture du crâne largement ouverte, avec ouverture de la dure-mère et attrition du cerveau? M. Chauvel pense qu'il vaut mieux drainer le foyer traumatique, le laisser largement ouvert en dehors jusqu'à expulsion complète des parties nerveuses altérées. L'abstention de toute exploration doit être la règle générale.

M. Berger rapporte un cas du même genre, dont un correspondant de Nevers lui a envoyé l'observation. Il s'agit d'une fille publique ayant reçu, il y a quatre ans, dans le cours d'une querelle qu'elle eut avec un commis-voyageur, une balle de revolver qui pénétra par l'orbite, traversa une partie de l'encéphale et alla se loger dans une des fosses occipitales supérieures.

Au début, quelques accidents passagers d'hémiplégie furent notés, mais pendant quatre ans la santé de cette femme fut parfaite. Elle succomba dernièrement au milieu d'accidents méningitiques, et à l'autopsie on ne trouva qu'un peu de congestion des méninges; il n'y avait pas trace de tubercules. Quant à la balle, elle était logée dans la fosse occipitale sous la dure-mère.

— M. Chauvel présente un rapport de M. Tachard, médecin militaire à Belfort, sur la récente explosion de mélinite qui a eu lieu dans cette ville. Parmi les soldats qui ont succombé à leurs blessures, les uns sont morts de méningo-encéphalite traumatique, les autres d'infection septique. Quant aux blessés, ils présentaient tous un intérêt spécial en raison de la profondeur de leurs blessures. Un fait intéressant est l'absence de traces de brûlures, et chez les survivants on n'a pas constaté qu'il y eût absorption de gaz toxiques. Ce qui frappe le plus dans ce genre de traumatisme, c'est la grande pénétration des fragments; sur la peau, leur dissémination donne l'aspect d'un tatouage; sur les os, ils ne produisent pas de fissures étendues, peut-être en raison de la violence du choc. L'aspect des blessés est caractéristique; ils ont un teint jaune clair, la pâleur est intense; tantôt on note l'affaissement, tantôt l'excitation.

M. Tachard conclut en conseillant de toujours débrider pour aller à la recherche des parcelles de fonte et des esquilles.

M. Chauvel lit en outre une étude de M. Charvot, sur l'*orchite paludéenne*. D'après cet observateur, orchite et fièvre sont sous la même influence, l'empoisonnement palustre.

Cette orchite a pour caractères spéciaux d'apparaître brusquement, la marche est croissante, le maximum est atteint vers le troisième jour. Le testicule augmente trois ou quatre fois de volume; on trouve un peu de liquide dans la vaginale. La douleur est vive et se propage au cordon; la fièvre est rémittente. Au bout de trois ou quatre semaines, la guérison est complète. Malheureusement le testicule reste souvent atrophié. Le diagnostic est en général facile, sauf dans le cas où il existe un écoulement uréthral. Le traitement consiste à administrer de l'opium et du sulfate de quinine, 1 gr. 50 à 2 grammes par jour; suspensoir et repos.

M. Chauvel pense qu'il faut de plus lutter contre l'atrophie testiculaire par des injections interstitielles.

— M. Lucas-Championnière fait un rapport : 1° Sur un travail de M. le docteur Loquin (de Dijon), et ayant pour titre : *Du rapprochement et de la suture des deux bouts à la suite des ruptures de l'urèthre.* Le rapporteur estime que cette suture n'est pas nécessaire et que cette pratique n'amène pas, comme on l'a prétendu, de rétrécissements ultérieurs.

2° Sur une observation d'*adénome du rectum*, transmise par M. Hamon du Fougeray (de Rouen). Cette observation est intéressante en ce qu'il s'agit d'un cas analogue à ceux cités par M. Pozzi. D'après ce dernier, l'opération faite, le malade est complètement guéri. Or ici il y a eu récidive, bien que l'examen de la tumeur fait par M. Latteux ait démontré l'exactitude du diagnostic. En six semaines, au moment de sa récidive, le malade succombait à la cachexie.

— M. Bousquet lit : 1° Une observation ayant pour titre : *Plaie du genou par instrument tranchant. Abcès consécutif. Arthrotomie. Guérison.*

2° Une autre observation intitulée : *Epithélioma développé sur une cicatrice du dos de la main droite.*

— M. Prengrueber communique dans tous ses détails l'observation d'un enfant de 13 ans, auquel il enleva des séquestres de l'humérus.

L'opération qui dura une heure se fit sans incidents d'aucune sorte. Le malade se réveilla de la manière la plus incontestable et fut porté dans son lit. Un quart d'heure après cependant, il mourait subitement.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion capable d'expliquer cette terminaison fatale.

M. Prengrueber propose de désigner ce cas, dont il ne saurait donner l'explication exacte, sous le titre : « Mort à la suite du chloroforme, mais non par le chloroforme. »

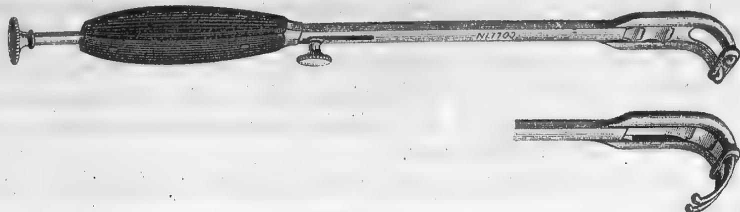
— M. Richelot : J'ai l'honneur de présenter à la Société deux instruments qui peuvent être fort utiles dans l'hystérectomie vaginale.

Il y a des cas où le cancer est bien limité à l'utérus, mais où le col est assez infiltré pour que son tissu soit friable et se déchire facilement. L'opération est nettement indiquée, mais elle est très ardue, car la déchirure du col sous les tractions complique singulièrement le dégagement de l'utérus en avant et en arrière. Pour peu que l'abaissement soit médiocre et qu'on opère à une grande profondeur, l'extirpation totale devient impraticable.

Erigne de M. Collin. — J'ai trouvé dans l'arsenal de M. Collin une érigne fort ingénieuse, par lui inventée depuis longtemps, et qui s'adapte merveilleusement à ces cas difficiles. C'est une tige mousse qu'on introduit facilement dans la cavité utérine et au bout de laquelle, par un mécanisme très simple, apparaît un double crochet comme les ongles du chat font saillie par la contraction des muscles fléchisseurs. Cet instrument vaut mieux que tous les endoceps et pinces divergentes, quand on prévoit la friabilité du col et la nécessité d'accrocher l'utérus par sa face interne. Il m'a rendu grand service, dans une opération récente dont j'ai donné la relation (*Union médicale*, 23 octobre 1887) en me permettant de maintenir le corps de l'utérus et même de l'abaisser légèrement, pour achever le décollement de la vessie et ouvrir le péritoine.

Crochet de M. Quénu. — Tant que la séreuse n'est pas ouverte, on ne peut saisir l'utérus que par son col ou par sa cavité. Plus tard, quand il est permis d'agir sur le fond de l'organe, le crochet imaginé par M. Quénu trouve son utilité. Cet instrument a la forme d'une tige creuse, aplatie, large environ d'un centimètre et demi. On le glisse

dans l'ouverture péritonéale antérieure, et alors seulement on fait saillir deux tiges mousses recourbées qui viennent embrasser étroitement le corps de la matrice.



Le crochet de M. Quénu abaisse l'utérus avec plus de force que les pinces de Museux; il supplée aux tractions sur le col en cas de friabilité du segment inférieur; enfin, ses deux tiges mousses, proéminant derrière l'utérus, servent de guide pour inciser le cul-de-sac de Douglas.

M. Pozzi pense que le premier de ces deux instruments peut déraper, et que le second doit glisser sur le fond de l'utérus.

M. Polaillon fait quelques objections dans le même sens.

M. Terrier dit qu'il est ici question de cas particuliers; on ne peut parler de règle générale.

M. Richelot répond qu'une érigne peut toujours déraper à un moment donné, ce qui n'empêche pas celle-ci d'être fort utile quand le col se déchire sous les tractions. Quant au crochet, il est construit de manière à ne pas glisser sur le fond de l'utérus.

— M. Kirmisson présente un malade porteur d'un anus iliaque; il lui a fait appliquer un instrument ayant la forme d'un bandage et portant une pelote excavée au niveau de l'anus artificiel.

— Au cours de la séance, M. le Président déclare la vacance d'une place de membre titulaire de la Société.

— La séance est levée à cinq heures dix minutes. — E. V.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Poirier, agrégé, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques.

M. le docteur Carron de la Carrière est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale, à l'hôpital Necker, en remplacement de M. Martinet, appelé à d'autres fonctions.

M. Cazin, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Beurnier, appelé à d'autres fonctions.

Banquet. — Les élèves et amis de M. Charles Richet lui offrent un banquet pour fêter sa nomination de professeur, à la Faculté de médecine.

Le banquet aura lieu le mardi 15 novembre, à la l'Hôtel Continental, à sept heures. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhésions doivent être envoyées avant le mercredi 9 novembre à l'une des adresses suivantes : M. H. Ferrari, 6, rue du Pont-de-Lodi; M. R. Moutard-Martin, 50, rue de Lille; MM. L. Ollivier, 56, rue Gay-Lussac; MM. Gley ou Rondeau, au Laboratoire de physiologie, 2, rue Vauquelin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

L'événement important de la semaine est l'inauguration, à Tours, du monument élevé à Bretonneau et à ses deux plus illustres élèves, Velpeau et Trousseau. Ce monument, nous le connaissions déjà, car il a été admiré au dernier Salon ; il est l'œuvre de deux artistes tourangeaux, MM. Lalou, architecte, et Sicard, sculpteur. Il nous montre la ville de Tours, ou la Touraine, debout, tenant la couronne de la gloire au-dessus des médaillons représentant les trois maîtres.

Les professeurs Verneuil, Brouardel, Peter, Guyon, Panas, Damaschino, Dieulafoy, Charles Richet ; MM. Vidal, Léon et Edouard Labbé, Voisin, Constantin Paul, Desprès, Raymond, etc., tout le corps médical de Tours et de nombreux médecins du département assistaient à cette imposante cérémonie. Une réunion eut lieu d'abord au Palais de Justice, pavoisé pour la circonstance, sous la présidence de M. le docteur Louis Thomas ; là furent prononcés les discours, véritable monument littéraire digne des savants qu'ils ont glorifiés, digne aussi de faire le pendant de l'œuvre artistique qu'on allait inaugurer.

La vie scientifique de Bretonneau a été exposée par M. Duclos, professeur à l'Ecole de médecine de Tours, un des rares survivants parmi ses élèves ; celle de Trousseau, par M. le professeur Peter ; celle de Velpeau, par M. le professeur Guyon.

M. Duclos a exposé d'une manière saisissante le rôle de précurseur de la médecine moderne qu'a joué Bretonneau. Transmission de la maladie de

---

FEUILLETON

CAUSERIE

L'inauguration du monument élevé à Bretonneau, Velpeau et Trousseau, à Tours. — Rectification à propos du Congrès de Washington.

Je dois d'abord remercier mon collaborateur du premier étage d'avoir laissé au chroniqueur du rez-de-chaussée les anecdotes si intéressantes auxquelles ont donné lieu les éloges de Bretonneau, Velpeau et Trousseau dans la cérémonie dont il a parlé dans son *Bulletin*. Il n'y a qu'à ouvrir la main et à prendre.

Quel joli tableau de la manière dont Bretonneau faisait ses cliniques ! « Le choix de l'amphithéâtre lui causait peu d'embarras. C'était dans le petit refuge réservé à la religieuse qu'il réunissait ses élèves. Avec quel art, quel esprit, quelle science il leur exposait ses recherches cliniques et les inductions que développait son génie. Son langage était simple, le langage de tout le monde. Ce lettré délicat, que la moindre offense à notre belle langue française choquait si vivement, évitait les expressions scientifiques aussi pénibles à prononcer qu'à entendre. La Bruyère a écrit quelque part : « La meilleure manière de dire il fait beau temps, c'est de dire, il fait beau temps ». Le précepte est excellent même dans les sciences, aussi excellent que peu suivi ; Bretonneau ne l'oublia jamais. Rien n'est plus difficile que l'art oratoire appliqué à l'enseignement.

l'homme malade à l'homme sain, sans que les maladies transmissibles puissent jamais naître autrement, sans que chacune d'elles puisse donner naissance à une autre; inanité absolue de la doctrine des générations spontanées, c'est-à-dire spécificité et contagion de ces maladies; Bretonneau avait vu tout cela en étudiant deux maladies auxquelles il a donné un nom en créant leur histoire : la diphthérie et la fièvre typhoïde. Ses successeurs ont développé cette idée, et prouvé que les maladies épidémiques et contagieuses sont l'œuvre d'un parasite végétal ou animal; mais pour faire admettre cette doctrine, que Trousseau devait à son tour défendre à Paris, « l'école de Bretonneau a lutté pendant quarante ans contre l'enseignement classique et la tradition, « ce doux oreiller de la paresse ». Elle a définitivement triomphé le jour où notre immortel Pasteur a déterminé la nature des germes morbides, les a fait se propager dans des milieux appropriés à leurs besoins et dans quelques cas a pu transformer en protecteurs des ennemis implacables. » Mais M. Duclos réclame hautement pour Bretonneau « l'idée mère génératrice de cette grande doctrine parasitaire des maladies contagieuses, et cette idée n'est pas le produit d'une heureuse divination, elle est le fruit d'une observation exacte, rigoureuse, persévérante, fécondée par une puissante induction. »

Comment M. Peter allait-il traiter ce point en parlant de Trousseau? pouvait-on se demander. Il l'a fait avec une convenance parfaite, en ne se permettant que des allusions voilées qu'on ne peut même appeler critiques.

Trousseau était vitaliste, c'est-à-dire qu'il croyait à cette force qu'on appelle la vie, force étrange en sa puissance, éternelle en sa durée..... Vie animant des êtres qui sont microbes (c'est-à-dire « petite vie »), quant au volume et à la forme, et macrobes (c'est-à-dire « grande vie »), quant à la force de vitalité..... Ces lois de la vie, Trousseau les a formulées et soutenues à l'Académie de médecine, où il combattait les doctrines d'un savant chimiste, Poggiale, « lutte sans cesse renaissante entre des savants qui observent sur un terrain si différent; les uns étudiaient la vie, les autres

---

Beaucoup déclament, quelques-uns même semblent chanter. Bretonneau parlait, et de toutes les méthodes c'est encore la meilleure. On quittait ses leçons plus instruit, plus avide de s'instruire; on sortait pénétré de l'esprit du maître, et on lui rendait hommage de tout ce qu'on sentait en soi d'activité intellectuelle et d'amour de l'art. »

M. Guyon nous a appris comment Velpeau est devenu médecin.

« Des circonstances presque romanesques, qu'il aimait à conter, et dont il m'a dit la touchante histoire, l'amenèrent à diriger ses vives aptitudes vers la recherche des moyens de guérir. Tout d'abord, ce fut une plaie du pied droit due à des morsures de sangsues, faites alors qu'il conduisait au marais les vieux chevaux livrés à ces auxiliaires habituels de la médecine de l'époque. Les piqûres, sans cesse ravivées, prirent un si mauvais caractère, qu'il mit deux ans à guérir de sa plaie. Il en a souffert toute sa vie, malgré l'application de tous les simples qu'il expérimenta sur lui-même.

« Ce fut encore une difformité congénitale des deux index, qu'il laissa toujours supposer d'origine accidentelle lorsqu'il se livra à la chirurgie, ne voulant pas permettre qu'on pût le croire « maladroit de naissance ».

« Ce fut enfin l'empoisonnement par l'ellébore d'une jeune accouchée atteinte de manie puerpérale, à laquelle il avait cru devoir administrer la plante, dont ses livres lui avaient appris l'action prétendue sur la folie.

« C'est même à l'occasion de cet événement que son avenir se décida. La faute du guérisseur fut réparée, grâce à l'expérience d'un habile médecin, le docteur Bodin, dont le nom dignement porté continue à inspirer une juste confiance. Le petit maréchal,

ce qui ne l'est pas; les uns la matière organisée, les autres la matière inorganisée; celle-là soumise aux lois de la vie, celle-ci à des lois différentes, à des lois physico-chimiques. Et M. Peter rappelle la conclusion de Trousseau : « Pour moi, comme pour la plupart des physiologistes, les actes de la vie organique, et à plus forte raison ceux de la vie animale, sont soumis à des lois qui, jusqu'à nouvel ordre, doivent être considérées comme essentiellement différentes de celles qui régissent la matière inorganique. »

Mais, depuis Trousseau, les fonctions de ces microbes dont il admet l'existence ont été étudiées; on connaît bien, sinon en totalité, du moins en partie, le rôle qu'ils jouent dans les modifications des phénomènes de la vie, et si l'on ne peut encore établir les analogies et les rapports qui existent entre les actes de la vie organique et de la vie inorganique, les différences qui les séparent ne sont plus considérées comme aussi essentielles, M. Duclos en est bien convaincu.

Rappelons encore l'idée de la médication substitutive, qui est le complément de l'œuvre de Bretonneau.

Ses deux élèves, Velpeau et Trousseau, ont soutenu ses idées sur la spécificité des maladies dans la lutte avec Broussais. Mais leur part dans le grand mouvement scientifique, qui date des environs de 1820, est trop connue pour que nous ayons besoin de la rappeler ici. Il nous suffit de signaler le légitime succès obtenu par leurs panégyristes, MM. Guyon et Peter.

MM. Léon Labbé et Constantin Paul ont ensuite fait l'éloge, au nom de l'Académie de médecine, l'un de Velpeau et l'autre de Trousseau, et M. A. Desprès a glorifié, au nom de la Société de chirurgie, son vieux maître Velpeau.

Dans sa séance supplémentaire de samedi dernier, l'Académie de médecine a, pour épuiser son ordre du jour, entendu la lecture d'une note de M. Hering sur le traitement de la phthisie laryngée par l'acide lactique et le curage des ulcérations des cordes vocales; — de M. Lavaud, sur un

---

vivement admonesté par le docteur, l'intéressa à tel point qu'il le recommanda à l'un des grands propriétaires du voisinage, qui déjà lui avait donné des marques d'intérêt. »

Alors Velpeau se met à étudier avec ardeur, et, cinq ans après avoir quitté l'atelier, il est aide d'anatomie, il enseigne l'anatomie descriptive, la physiologie, l'anatomie chirurgicale, les bandages, la médecine opératoire; bientôt il professera la pathologie externe, l'embryologie, l'oculistique, l'obstétrique; il n'oublie pas la pathologie interne, car, docteur en 1823, sept ans après avoir quitté le tablier de cuir, il concourt en 1824, et est nommé agrégé en médecine. Parallèle remarquable à établir avec Trousseau, qui, le jour même où il était élu agrégé en médecine à Paris, en 1827, était nommé chirurgien en chef de l'hôpital de Tours. Leurs aptitudes remarquables dans ces deux branches de la pathologie avaient été cultivées dans leurs premières études; l'un, devenu exclusivement chirurgien, se rappela qu'il avait été médecin pour prendre position parmi ceux qui combattirent la doctrine physiologique et le dogme broussaisien de l'inflammation; l'autre, devenu médecin, mit ses connaissances chirurgicales au service de la thérapeutique. On comprend alors, comme l'a très bien dit M. Peter, comment, les rendant plus faciles et plus accessibles à tous, il a su *médicaliser* deux grandes opérations chirurgicales, la trachéotomie et la thoracentèse. Le récit d'une de ses trachéotomies, la première peut-être, est épique :

« En 1828, Trousseau est envoyé en Sologne pour y observer une épidémie de diphthérie et secourir les malheureux diphthérisés. Son dévouement eut là mainte occasion de s'exercer; une fois, entre autres, on voit Trousseau, s'inspirant de son génie inventif,

mode d'antisepsie de la vessie et son application au traitement des rétrécissements; — d'un rapport de M. Féréol sur les eaux minérales. M. Onimus a présenté un appareil qui permet de répandre dans l'air des substances médicamenteuses et de leur donner en même temps, par oxydation, une action plus énergique.

L'Académie a encore donné la question pour le prix Pourrat : *Physiologie du muscle cardiaque.* Ce prix est de 900 francs. Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1888. — L.-H. P.

De l'hystérie alcoolique,

Par le docteur Ferdinand Dreyfous (1),

Ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint
de la Faculté de médecine.

Obs. II (personnelle). — *Alcoolisme. — Mère morte de tuberculose. — Un frère et une sœur phthisiques. — Père ivrogne; oncle maternel sujet à « des attaques de nerfs ». — Fracture du tibia gauche il y a huit ou dix ans. — Convulsions dans l'enfance. — Incontinence nocturne. — Hémi-anesthésie. — Hémiplégie gauche. — Hémi-chorée. — Contracture au coude et au membre inférieur gauche. — Hystéro-épilepsie : convulsions généralisées avec soulèvement du bassin. — Le chloroforme fait cesser l'attaque.* — G... (Jules-Joseph), 21 ans, serrurier, entre le 18 juin 1877, salle Sainte-Martine, n° 34, service de M. le docteur Audhoui, suppléant M. Oulmont. G... est un garçon vigoureux qui n'a jamais été malade, qui travaillait hier encore, et qui est très étonné de se voir aujourd'hui paralysé de tout le côté gauche du corps.

Sa mère est morte de la poitrine; il a perdu un frère et une sœur qui étaient phthisiques aussi. Il ne sait pas nous dire si sa mère était nerveuse; mais *un de ses oncles* maternels a eu des « *attaques de nerfs* » qui lui revenaient tous les quinze jours environ. Son père, homme robuste, chauffeur-mécanicien à Lariboisière, fait de fréquents excès de boisson. Quant à lui, il est aussi entaché d'alcoolisme, s'enivre souvent. Le matin, à

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 novembre 1887.

---

triompher des obstacles les plus matériels, pratiquer la trachéotomie avec son canif, et improviser une canule avec une balle de plomb. « C'était, dit-il, un jour de la Pentecôte, un paysan vint me chercher pour sa femme qui étouffait. En arrivant, je trouvai une femme de 26 ans, encore vêtue de ses habits de fête; elle était expirante. La trachéotomie pouvait seule empêcher la mort immédiate. Sans plus attendre, je me mis en demeure de la pratiquer; j'étais seul, sans autre aide que le mari, sans autre instrument qu'un canif à lame convexe que j'avais heureusement sur moi; puis je fus obligé, à défaut de canule trachéale, d'en fabriquer une grossière avec une balle de plomb que j'aplatis avec un marteau et que je façonnai en espèce de tube. »

« La mort imminente était ainsi conjurée. »

Sait-on à quoi ont servi les droits d'auteur de la première édition de la *Clinique médicale* de Trousseau? M. Peter, dont on ne peut blâmer l'indiscrétion, va nous l'apprendre.

« Ses bienfaits sont sans nombre, dit-il, mais il en est un que son libraire et moi seuls connaissons, que je veux vous révéler. La *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* venait de paraître; son éditeur, M. Baillère, porte à Trousseau les honoraires qui lui sont dus. « Reprenez cet argent, dit Trousseau, et faites-en deux parts : l'une sera donnée par vous à un médecin des plus dignes et des plus pauvres, que l'injustice dont il vient d'être victime dans un concours d'agrégation a jeté dans le désespoir; l'autre part, vous la porterez à un de mes anciens élèves, l'un des créateurs de l'histologie en France, et que sa science ne réussit pas à mettre à l'abri du besoin. Allez! et que ni l'un ni l'autre

jeun, il prend un demi-setier de vin et en tout, dans sa journée, un litre et demi; sans compter les jours de paye, où la règle est de faire un dîner en compagnie. C'est surtout l'année dernière qu'il fit de fréquentes libations; à ce moment, il alla travailler dans le Nord, où il but jusqu'à six canettes de bière par jour, à l'exclusion de toute autre boisson.

Ajoutons enfin qu'il fume beaucoup, et même mâche du tabac, habitude qu'il a contractée depuis peu.

G... ne porte aucune trace de vérole; il nie l'existence d'accidents antérieurs qui pourraient s'y rapporter; pas d'angines, ni d'alopécie antérieure.

Il y a huit à dix ans, dans une chute, il se fractura le tibia gauche (impossible de trouver aujourd'hui la trace du cal); pas d'inégalités de l'os.

Dans sa tendre enfance, il eut des *convulsions*, et il a continué à uriner au lit jusqu'à 8 ou 9 ans. En travaillant, il a de temps en temps des *absences*. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement; il a cependant la pituite assez souvent le matin.

Le dimanche 16 juin, il va travailler la demi-journée comme d'habi.ude; lundi 17, il travaille toute la journée. Il quitte l'ouvrage à six heures et se met en route pour rentrer tranquillement chez lui. A six heures un quart, dit-il, il aurait perdu connaissance, et ne sait plus ce qui s'est passé jusqu'à sept heures trois quarts. Alors, il se réveille et se trouve au poste. Les agents de police l'avaient ramassé, et les renseignements qu'on avait pu obtenir devaient faire croire à une attaque d'épilepsie. Il s'était débattu, puis il était tombé dans le coma, et on lui avait jeté de l'eau sur le corps pour le réveiller.

Les jours précédents, il n'avait rien fait d'extraordinaire; mais il avait passé la journée à la forge, exposé à une très haute température et par un des temps les plus chauds de la saison. La nuit du 18 au 19 fut calme; il ne s'endormit que tard, parce qu'il a beaucoup toussé. Le mardi 19 juin, au matin, nous le trouvons dans l'état suivant :

Etat actuel. — L'intelligence, modérément développée, est conservée; il prend gaiement sa nouvelle maladie; ne se rappelle que ce qu'on lui a raconté.

Membres supérieurs. — Au membre supérieur gauche, il ne sent ni le contact, ni la piqûre, ni le froid. La motilité est aussi intéressée : la main gauche est faible; elle serre moins fort que la droite. Il y a donc : 1° hémi-anesthésie; 2° parésie du membre supérieur gauche; 3° contracture: roideur des muscles qui entourent l'articulation du coude gauche; 4° tremblement : la main gauche et l'avant-bras gauche sont ébranlés par un mouvement rythmique incessant de pronation et de supination alternatives *qui ressemble tout à fait au tremblement de la paralysie agitante.* Ce tremblement augmente, si on or-

---

ne sache qui vous envoie. C'est un anonyme qui veut réparer l'injustice des hommes et de la fortune. » Le difficile fut de faire accepter le bienfait; ni l'un, ni l'autre ne le voulut sans connaître le bienfaiteur. M. Baillère se décida à en divulguer le nom, mais à cette condition, dictée par Trousseau, que, pour tout remerciement, chacun d'eux irait un màtin presser la main du maître à son service de l'Hôtel-Dieu. Ce qui fut fait.

Aujourd'hui le donateur, comme les donataires, ne sont plus; il en est ainsi de celui qui fut leur intermédiaire. Moi seul reste qui connaisse cet acte de générosité si touchante. Eh bien, laissez-moi partager avec vous ce secret, que je ne veux pas garder plus longtemps. »

Velpeau et Trousseau restèrent bons et grands jusqu'à la fin, supportant leurs douleurs avec un stoïcisme admirable.

La dernière sortie de Velpeau fut sa visite d'hôpital et une leçon à ses élèves. Comme M. Guyon, très inquiet de l'état de sa santé, le suppliait de rentrer chez lui ce matin-là, — Non, dit-il, j'ai promis à Liouville de lui faire faire une amputation, il faut que j'aille à la Charité.

Sept jours après, il rendit le dernier soupir.

Trousseau vit la gravité de son mal le premier. Il souffrait depuis longtemps, lorsqu'une nuit il est pris de phlegmatia alba dolens. C'était lui qui avait découvert le rapport de la thrombose de la jambe avec le cancer de l'estomac, et voici qu'il constatait sur lui-même la réalisation de ce rapport, comme la réalité de sa découverte.

La mort allait arriver. « Alors Deguerry, curé de la Madeleine, qui d'officier de cava-

donne au malade de porter un objet quelconque à sa bouche; mais il persiste au repos. En marchant, le malade applique l'avant-bras et la main gauches contre le tronc, et maintient le coude dans la demi-flexion.

La main droite tremble un peu, et presque uniquement quand le malade allonge la main en écartant les doigts. Mais ce tremblement ne produit qu'un léger déplacement des doigts dans le sens vertical et n'est en rien comparable au mouvement rythmique, régulier, déplaçant en masse l'avant-bras et la main qu'on observe du côté gauche.

Membres inférieurs. — Analgésie, anesthésie du membre inférieur gauche (il ne sent ni le contact, ni la piqûre, ni le froid). *Contracture* des muscles de la cuisse et de la jambe gauches. Dès qu'on essaie de fléchir le genou ou qu'on relève la plante du pied, on produit de la douleur; pas de trépidation provoquée.

Quand le malade marche, son membre inférieur gauche traîne; le pied se roidit, frotte contre le sol qu'il ne sent pas; tout le membre est roide, le bras s'enroidit aussi; si bien que son corps est formé de deux parties distinctes : la moitié gauche est tout d'une pièce, la moitié droite est libre et se meut facilement. Toutefois, quand il fait effort pour marcher, son tremblement augmente et se transmet au membre supérieur droit et aux deux membres inférieurs.

Tronc. — La sensibilité cutanée est émoussée du côté gauche.

Face. — Pas de déviation de la commissure des lèvres ni de la langue. En revanche, la sensibilité est modifiée. Il sent bien la piqûre à gauche, mais bien moins que du côté droit; d'ailleurs, il ne sent ni le simple contact ni le froid.

La muqueuse des lèvres et de la langue est insensible du côté gauche.

Sensibilité spéciale : Goût. — Les substances sapides (sucre, coloquinte) ne sont pas perçues et reconnues sur la moitié gauche de la langue.

Vue, ouïe. — Sont diminuées du côté gauche.

Odorat. — Il n'en a jamais eu, sa mère non plus.

Etat des autres organes. — Il n'a pas eu de vomissements; son appétit est conservé. Il se plaint d'uriner un peu difficilement; urine cinq à six litres (?) par jour; pas de sucre ni d'albumine dans l'urine.

Il tousse et crache un peu; quelques râles sonores, sibilants et ronflants; rien au cœur.

20 juin. — Douleur dans l'épaule gauche.

22. — A six heures et demie, causant avec un malade, il sent quelque chose d'anormal, va se coucher et tombe dans une attaque convulsive qui dure jusqu'à sept

---

lerie s'était fait prêtre et devait terminer son apostolat par le martyre, apprenant que Trousseau, son paroissien virtuel, était en péril de mort, lui fit demander s'il pourrait être reçu par lui. — Qu'il vienne, dit Trousseau, nous parlerons ensemble de l'immortalité de l'âme. — Le prêtre vint et fut charmé par le philosophe. Leurs entretiens se répétèrent dans lesquels étaient abordés les problèmes les plus élevés des doctrines spiritualistes. Ce fut une fin de Socrate. »

Velpeau et Trousseau sont morts en 1867; Bretonneau bien avant eux. En voyant le profond souvenir qu'ils ont laissé dans la mémoire de leurs élèves après vingt ans et plus, on ne peut qu'admirer la communauté d'idées, fondée sur l'affection et l'estime réciproques, qui unissaient les uns aux autres.

*
* *

Puisque nous avons reproduit les critiques graves qu'un des correspondants du *Bulletin médical* a envoyées à ce journal sur le Congrès de Washington, il est juste que nous mentionnions la rectification que vient d'envoyer à ce même journal (numéro du 30 octobre) un des assistants au Congrès, M. le docteur Landolt.

Notre compatriote trouve très exagérées les critiques du correspondant susdit. Beaucoup de médecins américains ont fait tout leur possible pour rendre agréable aux étrangers leur séjour aux Etats-Unis, soit au Congrès, soit hors du Congrès.

Ce qui nous intéresse le plus, c'est de savoir quelle a été la valeur scientifique du Congrès.

heures trois quarts; soit pendant une heure un quart. C'est une série de petites attaques subintrantes composées chacune d'une période tonique, puis d'une période clonique, et enfin d'une période de coma bientôt interrompu par de nouvelles convulsions toniques.

La perte de connaissance et l'insensibilité sont absolues; les pupilles dilatées. Les paupières se relèvent, les muscles de l'œil portent la pupille en haut; la tête subit un mouvement de rotation qui dirige la face à droite et en haut; les joues, les lèvres, la langue simulent un mouvement de mâchonnement. Les membres supérieurs se rapprochent et s'éloignent alternativement du tronc, les avant-bras demi-fléchis, les doigts fortement pliés dans la paume de la main, le pouce dans l'adduction forcée, et imitant en un mot le mouvement de « battre le tambour ».

Ces convulsions occupent les quatre membres; mais elles sont moins marquées au membre inférieur gauche et bien plus au membre supérieur gauche. Pâle à certains moments; sa respiration s'arrête, et il devient bleuâtre quelques minutes plus tard. Le tronc se convulse, lui aussi; *le bassin se soulève;* l'abdomen se tord sur lui-même, et on est obligé de le maintenir dans son lit. A deux reprises il semble revenir à lui : 1° de six heures cinquante à six heures cinquante-cinq, il recouvre connaissance, dit qu'il vient de dormir, demande à boire; puis les convulsions reprennent; 2° de sept heures trente à sept heures trente-cinq, il parle, mais ne sait pas ce qu'il dit; il reste comme ahuri dans son lit. Puis il retombe dans une nouvelle attaque convulsive pendant laquelle l'écume lui sort de la bouche, et il présente les mêmes symptômes que naguère. A sept heures trois quarts, il devient calme, prononce quelques paroles incohérentes, reste ahuri pendant dix minutes, puis revient à lui.

23. — La nuit, il dort bien. Le lendemain matin, il ne se rappelle rien de son accident de la veille; il est absorbé, assoupi. L'hémi-anesthésie et l'hémi-chorée persistent.

Le soir, nouvelle attaque.

24. — Le matin, à sept heures, nouvelle attaque.

25. — Il se plaint, depuis deux ou trois jours, d'une *douleur* occupant tout le côté droit de la tête. Elle est augmentée par la pression; tous les cheveux sont douloureux.

Soir : Pas de nouvelle attaque; il marche mieux.

26. — De sept heures quarante à huit heures vingt, nouvelle attaque terrible.

27. — Ce matin, céphalée violente toujours au même endroit.

Soir : Devient un peu triste. La démarche est celle d'un homme ivre. Il oscille à droite et à gauche, mais ne tombe pas.

« Notre réponse, dit M. Landolt, est absolument affirmative, et nous regrettons que votre correspondant ait déserté le Congrès deux jours après l'ouverture, autrement il aurait pu se rendre compte — à moins d'ignorer la langue anglaise — que les sections travaillaient très sérieusement, que les hommes éminents ne faisaient pas défaut, et que, s'il y avait parmi les membres, de ces docteurs, « comme l'Amérique en fabrique en deux ans d'études », ceux-ci, désireux avant tout de s'instruire, se taisaient pour prêter une oreille attentive à ceux que leurs travaux ont élevés au rang de maître.

En ce qui concerne la section d'ophthalmologie, notamment, je déclare hautement ici — et mes confrères de Paris et d'Europe, en général, qui y assistaient, ne me contrediront certainement pas — que, si nous avons amèrement regretté de ne pas voir parmi nous la plupart des anciens amis et collègues de l'Amérique de l'Est, ceux que nous y avons rencontrés ne nous ont pas seulement fait l'accueil le plus charmant et le plus cordial, mais ont su aussi rendre nos réunions intéressantes et instructives à tous égards. »

Quant à M. Hamilton, secrétaire général du Congrès, sa tâche a été plus difficile qu'on ne s'imagine, et il s'est montré constamment à sa hauteur.

J'ai reçu de mon côté une rectification de M. le docteur Cordes (de Genève), que je m'empresse d'insérer :

« Sans doute, dit notre honoré confrère, le Congrès de Washington a laissé pas mal à désirer au point de vue de l'organisation, mais, pour cela même, ne faut-il pas ajouter à ses défectuosités réelles.

28. — Douleurs violentes, battements dans la région pariétale droite; la tête lui tourne; vertiges, bourdonnements dans l'oreille droite.

29. — Il se dispute avec la religieuse; malgré cela, pas d'attaque; c'est le membre inférieur droit qui tremble aujourd'hui. A gauche persistent les *tremblements*, la *contracture* et l'*anesthésie*. Je lui enfonce toute une épingle à l'avant-bras gauche, sans qu'il y sente rien. La sensibilité est complètement abolie à la face et aux deux membres gauches; elle n'est qu'émoussée sur le tronc.

30. — Il marche mieux; est moins roide et tremble moins du côté gauche.

Pour éviter toute simulation de sa part, je fais l'expérience que recommande Niemeyer. Après lui avoir mis la main sur les yeux, je lui applique sur la peau du dos à gauche un morceau de glace. Il ne frissonne pas quand je l'applique dans le dos, mais frissonne quand on l'applique sur la paroi abdominale antérieure.

1er juillet. — Hier au soir, de neuf heures à dix heures, nouvelle attaque avec écume à la bouche; pas un cri, pas de morsure à la langue, mais des convulsions généralisées dont le malade ne garde pas le souvenir.

2. — Il ne sent pas au bras gauche, quand on lui souffle sur la peau; sent très bien le souffle à droite.

La céphalée unilatérale persiste.

Force musculaire. — Il ne peut pas se tenir debout sur le pied gauche, et se tient sur le pied droit; ou même il marche en sautant sur le pied droit, l'autre étant soulevé, et ne peut faire de même sur le gauche. Sa main gauche serre moins que la droite.

Vue. — L'œil droit lit à 60 centimètres des caractères d'imprimerie que le gauche lit à 40 centimètres. L'œil droit distingue un homme d'un bout de la salle à l'autre; le gauche le distingue à 2 mètres de distance; à 3 mètres de distance, il ne voit plus rien.

Couleurs regardées de l'œil gauche : il reconnaît le rouge; bleu, il dit vert; violet, il dit bleu; vert, il dit bleu; blanc, il dit jaune; jaune, il dit blanc.

L'œil droit, au contraire, distingue très bien les couleurs et les appelle par leur nom; il y a donc erreur de la vue et non pas une aberration intellectuelle.

Ouïe. — A gauche, il n'entend pas la montre contre l'oreille; à droite, il l'entend à 3 centimètres de distance.

Le malade se plaint toujours de son épaule gauche. Il marche beaucoup mieux; ne tremble pas du côté droit et bien mieux qu'auparavant du côté gauche. Le tremblement rythmique que nous comparons à la paralysie agitante, persiste, mais affaibli, et augmente à la moindre émotion.

« Nous avons été gâtés par les réceptions de Londres et de Copenhague, qui avaient été merveilleuses; cela nous a rendus fort exigeants. Cependant il faut rendre cette justice au comité d'organisation et de réception et au secrétaire général en particulier, le docteur Hamilton, que chaque fois qu'on lui a signalé une *anicroche*, il s'est hâté de rétablir les choses dans l'état normal. (Cela est arrivé pour moi, qui me suis plaint de n'être pas bien logé; on m'a, sur ma demande, transféré, sans supplément de prix, dans une excellente chambre,)

« Il y avait à New-York, dans Hoffmann House, un comité de réception qui fonctionnait tous les après-midi; j'ai pu y obtenir, dès le dimanche 28 août, les informations utiles et les billets donnant droit aux réductions sur les tarifs de chemin de fer de New-York à Washington, aller et retour. Si je n'ai pas profité de ces billets, c'est que j'ai préféré voyager en zigzag et ne pas revenir par la ligne qui m'avait conduit à Washington. Un autre comité de réception fonctionnait à Philadelphie.

« Le Capitole de Washington, si je suis bien informé, n'était pas en état de nous recevoir. De plus, il est situé dans un quartier fort excentrique et à une grande distance de tous les hôtels confortables.

« Les séances se tenaient, dites-vous, dans des locaux disséminés. C'est ce qui s'est passé à tous les Congrès, au moins dans ceux auxquels j'ai assisté, Amsterdam, Copenhague, etc. En revanche, et puisqu'il faut bien critiquer quelque chose, j'ai été surpris que le président des Etats-Unis nous fit faire la queue à la porte de la Maison Blanche pendant une heure et demie sans nous offrir une tasse de thé.

5 juillet. — Il ne sent pas la coloquinte mise sur la pointe de la langue du côté gauche; il la sent à droite.

Examen de la sensibilité cutanée : aux membres, il ne sent pas du tout les pointes du compas de Weber à gauche.

Dans le dos, la graduation est intéressante : à gauche de la ligne médiane, insensibilité absolue; tout près de la ligne, mais à droite de celle-ci, il sent la piqûre, mais ne sent encore qu'une pointe quand on écarte les deux pointes de 15 centimètres. Il sent, au contraire, bien les deux pointes écartées de 5 ou 6 centimètres, si elles sont placées verticalement à 3 où 4 centimètres de la ligne médiane.

La même chose s'observe en avant, sur la paroi abdominale antérieure; à gauche, il ne sent rien; près de la ligne médiane, une seule pointe (quelle que soit la distance des deux pointes); puis il sent bien les deux.

Vue. — Examen ophthalmoscopique (mon excellent ami et collègue, M. de Beurmann, a bien voulu le faire avec moi) : il fut complètement négatif. On ne constate aucune altération ni aucune différence sensible entre les papilles.

Le 5 juillet, nous fîmes la mensuration du champ visuel de chacun des yeux comparativement, le malade étant placé à 91 centimètres du tableau noir.

Nous avons, de plus, mesuré par la méthode de Landolt le champ visuel pour chaque couleur et constaté la dyschromatopsie et la diminution concentrique du champ visuel.

5 juillet. — Il sent à la paroi antérieure de l'abdomen; il sent à la tempe et au front.

Dans le courant du mois de juillet, il a plusieurs attaques. Pendant l'une d'elles, on approche de son nez une compresse imbibée de *chloroforme.* A peine l'a-t-il respiré qu'*il revient à lui*, et l'attaque cesse brusquement; seulement, il divague pendant quelque temps.

La même expérience réussit encore une fois.

Au moment du déménagement de l'Hôtel-Dieu, il quitte notre service.

Il rentre le 7 août dans celui de M. le professeur G. Sée, où il est l'objet d'un examen d'autant plus minutieux que j'avais communiqué à M. le docteur Sevestre mes craintes d'être en présence d'un simulateur. M. le docteur Neumann lui applique des courants d'une violence extrême, et il ne sent rien. M. Sevestre a connu le malade dans son enfance et il avait des attaques, des absences qui n'ont fait qu'augmenter de fréquence avec ses excès de boisson à l'âge de l'adolescence.

(*A suivre.*)

« Les réceptions au Pension Hall ont été envahies par la plèbe, qui, démocratiquement, a cru avoir le droit d'assister à une réception qu'elle était censée avoir payée. C'est tout naturel, dans une République! »

Mais pas du tout, cher confrère! Est-ce que vous avez jamais vu cela à Genève ou à Paris? En tout cas, j'aime mieux qu'il en soit ainsi en Amérique qu'en France, et surtout que vous m'ayez dit quelque bien de ce Congrès tant décrié. J'aime trop les Congrès pour désirer les voir cesser de cette façon.

SIMPLISSIME.

LE PHÉNATE DE MERCURE CONTRE LA SYPHILIS. — Gamberini

Le phénate de mercure est, au dire de l'auteur, un remède très sûr contre la syphilis. On en introduit deux centigrammes dans une pilule, en y associant le baume de tolu; on commence le traitement, en prescrivant deux pilules par jour, et on arrive graduellement jusqu'à six pilules, nombre qu'il ne faut pas dépasser, de crainte de voir survenir de la gastro-entéralgie, et parfois de la stomatite. — Les injections hypodermiques de phénate de mercure n'ont pas donné de résultats satisfaisants. — On prépare le phénate de mercure, en versant une solution de bi-chlorure de mercure, dans une solution de phénate de potasse. Il se forme un précipité jaunâtre, qu'on lave à l'eau distillée jusqu'à ce que l'iodure de potassium n'y décèle plus aucune trace de bi-chlorure libre. — N. G.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX RUSSES

L'Ichthyol dans le rhumatisme, par Doubelir. — L'ichthyol et ses sels sulfatés s'obtiennent d'une huile minérale riche en soufre, qui provient des fossiles résineux que contiennent des débris de poissons fossiles.

D'après l'analyse du professeur Bauman (Fribourg) et du docteur Schotten (Berlin), l'huile présente la constitution suivante : Carbone, 77,25; hydrogène, 10,52; soufre, 10,72; azote, 1,10.

Tous les deux ont démonté l'innocuité des sels d'ichthyol administrés à l'intérieur; à la dose de 18 et même 24 grammes par jour chez les animaux ils ne produisaient que la diarrhée et les animaux se rétablissaient au bout de 24 ou 48 heures.

Pour l'usage externe, le sel d'ammonium est préférable, par sa solubilité facile dans l'eau.

Pour l'usage interne il est préférable d'administrer l'ichthyol sous forme de pilules ou de capsules, à cause de son goût désagréable. Les pilules sont de 0,1 décigramme, et on en prescrit de 6 à 12 dans 24 heures, ou bien 3 à 6, capsules de 0,25 centigr. chacune.

Les expérences ont été faites à l'hôpital militaire de Moscou. L'ichthyol fut donné dans 8 cas de rhumatisme articulaire ; six fois il s'agissait de rhumatisme articulaire aigu et deux fois chronique.

Dans tous les cas les douleurs articulaires se sont calmées, tandis que la tuméfaction persista. Ces observations prouvent que l'ichthyol ne possède que des propriétés calmantes dans le rhumatisme. (*Revue de méd.*, 1886). — W.

Les cantharides dans le traitement des morsures par loup enragé, par Karlchewsky. — L'auteur a observé trois cas de morsure par un loup enragé : les plaies produites par le loup se trouvaient sur la face, le nez et les bras.

L'auteur prescrivit aux trois malades des cantharides : 1° sur les plaies, un emplâtre de cantharides; 2° à l'intérieur la poudre de cantharides à la dose de 1 gramme par vingt-quatre heures.

Le traitement interne fut continué durant sept jours, jusqu'à l'apparition de brûlures dans le canal du l'urèthre pendant la miction.

Les trois malades se portent bien, l'accident remonte à sept mois. (*Med. russe*, 1886.)

W.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

M. Brown-Séquard présente une note de M. H. Peyraud, *sur l'action préventive de l'hydrate de chloral contre la rage tanacétique, ou simili-rage, et contre la vraie rage.*

« Avec des vapeurs ou des injections intra-veineuses d'essence de tanaisie, et des vapeurs ou des injections sous-cutanées de chloral, nous avons institué deux séries d'expériences, sur des lapins et sur des oiseaux.

« Dans la première, après avoir produit préalablement la rage tanacétique, nous essayâmes de l'arrêter par des injections sous-cutanées de chloral. Nous remarquâmes que, lorsque les convulsions tanacétiques étaient établies, l'arrêt n'avait pas lieu.

« Si, au contraire, nous soumettions nos animaux à l'action préalable du chloral et que, lorsqu'ils étaient endormis, ou même simplement étourdis, nous leur administrions, par les procédés déjà cités, une certaine dose d'essence de tanaisie, les effets convulsivants ne se produisaient pas ou ne se produisaient que tardivement, et après des doses répétées de cette essence, lorsque la quantité de chloral était insuffisante.

« Le chloral, s'il n'avait pas d'action curative sur cette rage tanacétique, avait évidemment sur elle une action préventive.

« Nous avons déjà fait connaître ces faits en 1872 et, au Congrès de Lyon en 1873, nous avons répété ces expériences devant la section d'agronomie du Congrès.

« Nous avons pensé que, puisque la rage tanacétique ressemble tant à la vraie rage et qu'elle est empêchée par l'emploi préventif du chloral, l'antagoniste de cette dernière pourrait aussi être le chloral employé préventivement.

« En 1877, l'observation d'un cas où la rage paraissait probable chez l'homme sembla nous donner raison.

« Un jeune homme, mordu au mollet, par un chien qui mourut de la rage et qui fut examiné par un vétérinaire, prit, sur notre conseil, du chloral pendant quarante jours, à la dose progressive de 1 gr., 2 gr., puis 3 gr. par jour. Ce jeune homme n'est pas devenu enragé.

« Depuis lors, je ne sache pas qu'aucune expérience dans ce sens ait été tentée.

« M. Pasteur, par ses découvertes sur la rage expérimentale, nous a donné l'idée de reprendre nos travaux et d'étudier comparativement cette rage et la rage tanacétique. C'est ce que nous avons fait cette année.

« Nous nous sommes d'abord assuré que la rage tanacétique n'est pas contagieuse.

« Nous avons encore, à la Faculté de médecine de Bordeaux, un lapin inoculé depuis le 10 mars dernier : il est évident qu'il ne deviendra jamais enragé, car la rage tanacétique est une rage sans virus, sans ferment, et il n'y a que les virus, les ferments qui se donnent, qui se communiquent.

C'est en faisant ces expériences et quelques autres, dont l'intérêt pratique apparaîtra bientôt, que nous avons découvert le fait suivant :

« Le 6 mars dernier, sur un lapin noir de forte taille, nous inoculâmes, par la méthode sous-méningienne, du virus rabique pris sur le nommé Berger, mort, six mois après la vaccination pastorienne, de rage paralytique dans le service de notre ami le professeur Pitres. Ce virus en était à la troisième série d'inoculations sur des lapins. La rage paralytique, dans les séries précédentes, était toujours arrivée fatalement vers le quinzième jour. Six témoins furent, en même temps, inoculés avec le même virus. Les six témoins sont morts de rage paralytique depuis plus de six mois et le lapin noir vit encore. Il n'a éprouvé qu'une légère tristesse, vers le seizième jour de son inoculation, qui a aussitôt disparu.

« Voici comment il a été traité :

« Le 10, le 11 et le 12 mars, il a subi sous une cloche, pendant deux heures, deux heures et demie, l'action des vapeurs de chloral sans s'endormir ; le 13, le 14, le 15, le 16, le 17, le 18, le 19, il a reçu sous la peau des doses de 0, gr. 10, 0, gr. 20, jusqu'à 0, gr. 30 de chloral en solution, 25 gr. pour 250 gr. d'eau. Il y a eu, en tout, dix jours de traitement.

« Selon toutes les probabilités, ce lapin ne deviendra jamais enragé, puisqu'il y a sept mois qu'il a été inoculé par les méninges.

« Or, si la rage expérimentale a une évolution toujours fatale et régulière, ce que tous les faits semblent absolument démontrer, il n'y a pas de doute que le chloral ait ici agi, d'une façon absolument certaine, comme préventif de la vraie rage.

« Et maintenant, si l'on rapproche de ce fait celui que j'ai déjà observé sur l'homme, on est bien obligé d'admettre que le chloral fournit de grandes espérances, comme médicament préventif de la rage humaine.

« Agit-il par son action antiseptique *élective* sur le système nerveux, ou simplement par son action sédative ? Peut-être par l'une et par l'autre. »

M. de Lesseps communique la note suivante, qui lui est adressée de la baie de Panama :

« Le *Clappet* n° 13, qui vient d'arriver ici, a été assailli, dans le port de Talcahuano, par une bourrasque du nord qui a duré dix jours ; pendant ce temps, toutes les communications avec la côte ont été impossibles. Le capitaine Taylor, retenu à terre par l'ouragan, a eu le plaisir de voir son *Clappet* supporter les attaques d'une mer furieuse, sans avarie, et avec une facilité apparente, due à l'emploi des sacs d'huile nouvellement employés. On a eu ainsi une nouvelle preuve de l'efficacité de ce procédé pour réduire l'action des vagues contre les flancs du navire. »

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

ANIMAUX MORPHINOMANES. — Au Cambodge, les singes et les chiens manifestent souvent une morphinomanie très caractérisée. Ces animaux, habitués à vivre dans la fumée de l'opium, sont friands des résidus des pipes de leurs maîtres, et, s'ils en sont privés plus d'un jour ou deux, tombent dans un état de dépression semblable à celui des hommes morphinomanes qui ne peuvent satisfaire leur passion et ne sont rendus à leur état normal que par la fumée de l'opium. (*El Siglo medico*).

COURRIER

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — Ouverture des cours le lundi 7 novembre 1887, à quatre heures au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine.

M. Letourneau : Histoire des civilisations, le lundi à quatre heures. — M. de Mortillet : Anthropologie préhistorique, le lundi à huit heures et demie du soir. — M. Hervé : Anthropologie anatomique, le mardi à cinq heures. — M. Topinard : Anthropologie générale, le mercredi à quatre heures. — M. Manouvrier : Ethnologie, le vendredi à cinq heures. — M. Bordier : Géographie médicale, le samedi à quatre heures et demie.

Programme des cours de l'année 1887-1888.

Anthropologie générale. — Parallèle des caractères de supériorité et d'infériorité des races humaines (suite). — Évolution du crâne dans la série animale. — Caractères régressifs, caractères progressifs.

Ethnologie. — 1re partie : Des caractères physiologiques et particulièrement des caractères intellectuels dans les races humaines. — 2e partie : Ethnographie du peuple annamite.

Anthropologie préhistorique. — Origines de l'industrie et de l'agriculture, avec projections.

Géographie médicale. — Influence du milieu intérieur et de la race sur les maladies. — Pathologie comparée. — Le transformisme en pathologie.

Histoire des civilisations. — La propriété, ses origines, son ethnographie et son évolution.

Anthropologie anatomique. — Histoire naturelle et anatomie comparée des Primates.

Le cours d'anthropologie zoologique (anthropogénie et embryologie comparée des vertébrés) de M. Mathias Duval aura lieu dans le semestre d'été.

— M. le professeur Grancher commencera ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, samedi 5 novembre 1887, à dix heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et les continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure.

Le mardi : leçon clinique dans les salles; le jeudi : leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire; le samedi : leçon à l'amphithéâtre. Les lundis, mercredis et vendredis sont consacrés : le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles; le mercredi, à l'électrothérapie; le vendredi, aux maladies de la peau.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. Boissard, chef de clinique adjoint d'accouchements, et P. Berthod, ancien interne à la Maternité, recommenceront leurs cours d'acccouchements le lundi 7 novembre, à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours a lieu tous les jours à la même heure, et sera complet en 40 leçons.

Pour se faire inscrire, s'adresser à MM. Boissard, 67, rue Saint-Lazare, et P. Berthod, 17, Place de la République.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Ouverture de la Clinique des maladies des enfants.

Les cliniques de la Faculté recommencent. M. le professeur Grancher vient de faire sa première leçon du semestre d'hiver. Comme les années précédentes, un très nombreux auditoire, où on remarquait plusieurs agrégés et médecins des hôpitaux, se pressait dans l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Grancher n'a plus à faire connaître le caractère de son enseignement, qui est à la fois pratique et scientifique. Il s'est contenté de rappeler les ressources que son service offre aux étudiants désireux de s'instruire : la clinique familière de chaque matin, celle du mardi, où l'examen des malades reçus la veille à la consultation est fait dans une salle spéciale par les stagiaires et les externes, sous la direction du maître qui, le diagnostic une fois posé, l'étiologie élucidée et le traitement institué, prend texte du cas particulier pour résumer à grands traits l'état de la science sur la maladie dont l'enfant est atteint.

Le côté pratique de l'enseignement est encore représenté par les spécialistes distingués dont M. Grancher s'est assuré le concours, et qui viennent examiner à tour de rôle les malades du service : le lundi, M. Poyet, pour le larynx; M. Hermet, pour les oreilles; le mercredi, M. Galippe, pour les dents; le vendredi, M. Gaucher, médecin des hôpitaux, pour la dermatologie.

C'est à la leçon faite le samedi dans l'amphithéâtre que le professeur aborde volontiers le côté hautement scientifique de la pédiatrie; là, il ne se croit pas tenu à n'apporter à son auditoire que les résultats incontestables et définitifs de la médecine; il lui arrivera quelquefois de poser les questions sans les résoudre, comme il l'a fait dans sa leçon de samedi dernier sur la typhoïdette. Dans l'état actuel de nos connaissances, pouvons-nous faire toujours le diagnostic de certains embarras gastriques et de certaines fièvres typhoïdes bénignes? Il est permis d'en douter; ni la séméiologie classique, ni la thermométrie, ni la pathologie expérimentale, cette auxiliaire de jour en jour plus nécessaire aux progrès de la pathologie humaine et de la clinique, ne nous fournissent un critérium. Le professeur a traité ce sujet avec la séduction ordinaire de son talent fait d'élégance et de précision.

Après avoir applaudi cette intéressante leçon, les auditeurs sont allés visiter les laboratoires d'histologie, de microbiologie, de chimie et de photographie qui sont annexés au service, et qui, grâce aux infatigables instances du professeur auprès des pouvoirs publics, sont pourvus de tous les appareils indispensables aux progrès et à l'enseignement de la médecine.

De la perforation des petites lèvres. — Son mode de production.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 juillet 1887,

Par P. Budin.

Au mois d'avril dernier, M. Secheyron a publié, dans les *Annales de gynécologie* (1), un fort intéressant travail sur la perforation des petites lèvres. Voici en quoi consiste la lésion qu'il a décrite. Chez une femme qui est accouchée, on découvre parfois, sur la face externe des petites lèvres, plus ou moins haut, une perforation circulaire ou ovoïde qui permet le passage d'un porte-plume, d'une grosse sonde ou même du petit doigt. Il y a là une véritable boutonnière qui ne gêne du reste la femme en aucune façon; le plus souvent, en effet, cette dernière ne se doute pas de la particularité qui existe du côté de ses organes génitaux. Cette disposition avait déjà été signalée par Tarnier et Chantreuil (2) dans les termes suivants : « Tantôt la petite lèvre est percée d'un trou, comme si elle avait subi un accroc, tantôt elle est déchirée dans toute sa hauteur et constitue un lambeau flottant. »

Les perforations des petites lèvres ne seraient, du reste, pas extrêmement rares; Secheyron en rapporte quatre exemples qui lui sont personnels, et il ajoute : « Pendant un séjour de deux ans dans les différents services de l'hôpital de Lourcine, notre ami et collègue Thouvenet a examiné quatre ou cinq de ces orifices. » Toutefois, si nous en jugeons d'après ce que nous avons vu nous-même, elles sont moins fréquentes que la section complète des petites lèvres.

Après avoir expliqué la perforation des petites lèvres par la distension exagérée que subit la vulve au moment de l'accouchement, au moment du passage de la tête et du tronc, M. Secheyron écrit : « Le mécanisme de la perforation des petites lèvres est peu différent de leur arrachement, de la déchirure de leur bord libre.

« Il est probable que, dans ces cas, la distension de la petite lèvre n'est pas absolue, étendue jusqu'au bord libre au moment où une contraction dernière et brusque expulse le fœtus. Ce fait explique la plus grande fréquence des perforations dans les cas d'inégalité des petites lèvres, et leur existence sur la lèvre la plus longue.

« Il se peut encore que l'épaisseur des petites lèvres, différente en divers points, détermine des différences de résistance. Afin d'élucider ce point, il a été procédé à un examen minutieux de plusieurs femmes; chez certaines, il nous a été permis de constater de l'amincissement du bord libre; chez d'autres, au contraire, on notait l'épaississement de ce bord. Ces parties exigeant pour se distendre une tension plus énergique résistent, tandis que les parties qui les précèdent soumises à la distension exagérée se rompent : le résultat de la rupture est une fente, une perforation (3). »

Donc, pour M. Secheyron, la distension non complète des petites lèvres, les différences de résistance des tissus et, dans certains cas, l'épaississement du bord libre de la nymphe, jouent un grand rôle dans la production de cette lésion particulière. Il nous a semblé cependant que le véritable mé-

(1) Secheyron : *Annales de gynécologie*, avril 1887, t. XXVII, p. 261.
(2) Tarnier et Chantreuil : *Traité de l'art des accouchements*, t. I, p. 748.
(3) Secheyron : *Loco citato*, p. 265.

canisme de la perforation des petites lèvres était, à en juger par ce que nous avions vu, un peu différent dans la grande majorité des faits.

Chez les primipares, l'orifice vaginal, après avoir résisté pendant un certain temps, se rompt le plus habituellement en arrière : la déchirure peut alors gagner la fosse naviculaire, la fourchette et le périnée. D'autres lésions se produisent parfois sur les parties latérales de l'orifice vaginal et on peut les voir s'étendre obliquement de bas en haut sur la muqueuse vulvaire, jusqu'à la petite lèvre qui est sectionnée partiellement ou totalement (1); dans ce dernier cas, la petite lèvre est comme coupée perpendiculairement à sa longueur et la rétraction des tissus détermine un écartement très notable des deux lambeaux supérieur et inférieur.

Or, parfois, la déchirure qui part de l'orifice vaginal gagne encore la petite lèvre qui est perforée dans toute son épaisseur, mais le bord libre reste intact. La présence d'un grand nombre de fibres élastiques dans la constitution de la nymphe détermine alors l'écartement persistant des bords de la plaie, la production d'une ouverture qui demeure constamment béante; en un mot, la production d'une véritable boutonnière. Du reste, en examinant avec soin la face interne de la petite lèvre perforée, on trouve, après la guérison, une cicatrice qui s'étend de la boutonnière à l'orifice vaginal; seulement, ce n'est pas une cicatrice linéaire qu'il faut s'attendre à rencontrer, mais une cicatrice plate, une cicatrice en surface, généralement ovalaire, qui peut facilement échapper à l'examen.

Les quatre cas si bien observés par M. Secheyron nous semblaient apporter eux-mêmes un argument en faveur de notre opinion; en effet, c'était toujours à la suite d'un premier accouchement que la perforation était survenue. Or, si la distension des tissus et les autres causes invoquées avaient seules agi, s'il n'avait pas existé une raison plus particulière pour favoriser la production de la boutonnière, on aurait dû trouver parfois cette lésion après un deuxième ou un troisième accouchement, car il n'est pas rare que les enfants pèsent alors plus lourd que ne pesait le premier né. La sortie d'un fœtus plus volumineux amenant nécesssairement une distension plus considérable de la vulve devrait aussi déterminer la perforation.

Un fait absolument probant, démontrant la réalité du mécanisme que nous avons invoqué, ne tarda pas, du reste, à se produire dans notre service de la Charité.

Observation. (Recueillie par M. Grancher, élève du service.) — Le 22 juin 1887 entrait, à la salle de travail, la nommée Marie R..., âgée de 26 ans, cuisinière. Enceinte pour la première fois et arrivée à terme (ses dernières règles datent du 17 septembre 1886), cette femme avait commencé à souffrir le 21 juin à dix heures du soir. Elle est d'apparence robuste et bien constituée; son squelette ne présente aucune trace de rachitisme. Le ventre est normalement développé et le fond de l'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au palper, on trouve la tête en bas, engagée dans l'excavation; le front fait saillie à droite et en arrière. Au fond de l'utérus et à droite, on reconnaît une grosse extrémité, le siège; le dos est à gauche et en avant, les petits membres sont à droite. On entend le maximum des bruits du cœur fœtal à gauche, sur une ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Au toucher, on trouve le col complètement effacé; il présente une dilatation de 2 centimètres environ; la suture sagittale est dirigée suivant le diamètre oblique gauche, la

(1) P. Budin : *Obstétrique et Gynécologie*, p. 291, avec figure.

fontanelle postérieure est à gauche et en avant, la fontanelle antérieure à droite et en arrière.

Midi. — La tête est dans la même situation; les bruits du cœur sont bons.

Une heure. — La dilatation est de 4 centimètres; la tête est profondément engagée dans l'excavation.

Deux heures. — La dilatation est de 5 centimètres; on sent la poche des eaux qui bombe à chaque contraction.

Deux heures trente minutes. — La dilatation est de 7 centimètres; la suture sagittale est toujours dans le diamètre oblique gauche.

Trois heures. — La dilatation est complète, la rotation s'est effectuée, la fontanelle postérieure est derrière la symphyse pubienne, la suture sagittale est dans le diamètre antéro-postérieur; on rompt la poche des eaux.

Trois heures dix minutes. — La tête se présente à la vulve; elle fait bomber le périnée; sous l'influence d'une contraction énergique, elle se dégage rapidement, avant même qu'on ait pu la retenir.

L'occiput tourne à gauche, on aide à la sortie des épaules, et le reste du tronc se dégage.

On fait la ligature et la section du cordon après cessation des battements vasculaires. L'enfant crie, il est du sexe masculin, gros et bien constitué; il pèse 3.320 grammes.

Trois heures trente minutes. — La femme perd du sang, on fait une injection vagigale; arrêt de l'hémorrhagie.

Quatre heures trente minutes. — Délivrance naturelle; le placenta et les membranes sont complets.

En examinant le lendemain les organes génitaux, voici ce que nous constatons. Les grandes lèvres ayant été écartées, on voit que la petite lèvre gauche a été divisée sur toute sa hauteur. Au niveau de la petite lèvre droite, il existe une perforation qui se trouve à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la nymphe.

Si on renverse les petites lèvres en dehors, on voit qu'il existe au niveau de l'orifice vaginal trois déchirures. Une siège en arrière, sur la ligne médiane; elle se prolonge sur la fosse naviculaire et le périnée; une serre-fine a été appliquée à ce niveau.

Une autre déchirure existe sur la partie latérale gauche de l'orifice vaginal, de là elle s'étend obliquement de dedans en dehors et de bas en haut; elle arrive jusqu'à la hauteur du clitoris, en dehors de cet organe. On a tenté d'obtenir la réunion à l'aide de deux serre-fines.

La troisième déchirure se trouve sur la partie latérale droite de l'orifice vaginal; elle gagne aussi la face interne de la petite lèvre du même côté; mais si cette petite lèvre est, au niveau de sa base, déchirée dans toute son épaisseur, son bord libre est demeuré intact. Il en résulte, par suite de la rétraction des fibres élastiques, la formation d'une ouverture béante, d'une perforation qui permet le passage d'une sonde de gros calibre.

Le mode de production de la perforation des petites lèvres était ainsi rendu évident; nous avons prévenu M. Secheyron qui a bien voulu venir examiner cette femme.

Les suites de couches ont été simples. Il y a eu réunion de la déchirure au niveau de la fourchette et du périnée. Les deux serre-fines appliquées sur la petite lèvre gauche ont aussi déterminé primitivement la réunion des deux lambeaux supérieur et inférieur; mais, au bout de quelques jours, cette réunion a cédé partiellement au niveau du bord libre; il en est résulté la formation d'une petite échancrure.

En résumé, bien que la perforation des petites lèvres puisse probable-

ment se produire par d'autres mécanismes, nous croyons que, dans la majorité des cas, elle est la conséquence d'une extension de la rupture de l'orifice vaginal survenue au moment du premier accouchement.

Le bord libre de la petite lèvre étant demeuré intact, les tissus de la nymphe se rétractent, grâce à la présence de fibres élastiques dans leur épaisseur; il n'y a pas, dès lors, réunion des surfaces séparées et la perforation persiste.

BIBLIOTHÈQUE

Atlas universel de géographie moderne, ancienne et du moyen age, construit d'après les sources originales et les documents les plus récents, etc., avec un texte analytique, par M. Vivien de Saint-Martin, président honoraire de la Société de géographie de Paris, et Fr. Schrader. — Librairie Hachette et C[ie]. — 7e livraison.

C'est une bonne fortune pour un critique que d'avoir à signaler une œuvre que l'on peut louer sans réserve et sans complaisance. Tel est l'atlas magnifique que publie la maison Hachette, qui a pour auteurs MM. Vivien de Saint-Martin et Schrader, et dont nous avons déjà entretenu les lecteurs de l'*Union médicale*. Nous avons sous les yeux la 7e livraison, qui présente l'*Italie méridionale*, l'*Empire russe* avec l'*Asie septentrionale*, et la carte générale de l'*Océanie*. « Il s'agissait de publier un atlas du monde entier qui fût au courant des découvertes, des renseignements les plus récents et des perfectionnements de l'art de la gravure appliqués à la cartographie. » Cet immense programme, la maison Hachette, si l'on en juge par ce qui a paru, le remplit d'une manière remarquable; et tout porte à croire que cet atlas « va prendre hardiment la première place parmi toutes les publications semblables, qu'elles aient été faites non seulement en France, mais encore en Angleterre ou en Allemagne ».

La portion de l'Italie que contient la première carte de la 7e livraison, s'étend depuis Rome jusqu'aux deux prolongements qui la terminent au Sud; elle est accompagnée de la Sicile et de la Sardaigne. Une annexe sur une échelle un peu plus large nous donne le golfe de Naples, avec Naples, le Vésuve, Ischia. Ces tracés ont été exécutés d'après la carte au 1/100000e de l'état-major italien. Les localités de plus de 3,000 habitants agglomérés y figurent.

La seconde carte est consacrée à l'empire russe, y compris l'Asie septentrionale; elle offre un immense développement, et fait passer en revue l'Ecosse, la Suède et la Norwège, le Danemark, la Finlande, tout l'Océan glacial, la Sibérie, le Kamchatka, la mer Caspienne, le Turkestan, la Mongolie, la Mandjourie, la mer du Japon, le Japon, etc., etc., indépendamment de la Russie, à partir de la Pologne. Ce vaste tableau, d'un très bel effet, tout compliqué qu'il est, se lit et se suit avec facilité, aucun détail n'échappe. Les auteurs ont fait connaître les sources où ils ont puisé, et les rectifications qu'ils ont faites sur certaines formes du terrain indiquées par les cartes existantes. Entre autres exemples, le *Stanovoï Khrebet*, ce grand trait de l'Asie septentrionale, n'est point une chaîne de montagnes, mais un rebord de plateau dont la pente sud-est présente seule une inclinaison marquée.

La troisième feuille est une carte générale de l'Océanie, et nous y trouvons une grande partie de l'Asie, presque toute l'Amérique du nord, tout l'océan Pacifique. L'Océanie ainsi présentée, montrant largement ses rapports avec les mers et les grands continents qui l'enveloppent, offre un intérêt tout particulier. Là, on peut s'en rendre compte de la manière la plus complète et la plus instructive.

Il est difficile de rien concevoir de plus fin, de plus délicat, et en même temps de plus clair, que les lignes qui tracent les contours des diverses étendues de pays, et les dessins qui indiquent les inégalités et les saillies du sol, ainsi que les villes et le développement des cours d'eau. Les confins sont coloriés avec netteté. En un mot, ainsi qu'on l'a dit, cette belle publication « est une œuvre de science et d'art tout à la fois, qui fait honneur à notre pays, aux auteurs, à leurs collaborateurs et aux éditeurs ».

A une triste époque, il s'est répandu en France une opinion qui, quoique erronée, a été utile, c'est que nos revers ont eu, en grande partie, pour cause notre ignorance en géographie. C'était une exagération. Mais cette exagération a heureusement donné chez nous une grande impulsion aux études qui paraissaient, et qui étaient, en réalité, insuffisantes; et les succès remarquables des publications des E. Reclus, des Vivien de Saint-Martin, des Franz Schrader, etc., donnent la mesure de la réaction qui s'est faite en faveur d'une science dont on ne peut contester l'utilité. — Dr Richelot père.

REVUE DES JOURNAUX

Luxation complète du globe oculaire. — Le malade était un jeune homme de 22 ans, qui, traversant une cuisine, glissa et tomba en avant sur le fourneau, de manière que sa tête porta sur un instrument en fonte placé verticalement. Cet instrument s'enfonçant (sans plaie) dans l'orbite au-dessus du globe oculaire, celui-ci vint faire saillie au dehors, et quand le docteur Sullivan arriva, il était complètement hors de sa cavité, les deux paupières étant contractées en entropion derrière lui. L'aspect de la lésion était tout à fait extraordinaire. Le docteur Sullivan appliqua une solution de cocaïne à 6 p. 100. Puis, au moyen d'une pince de Charrière, il réussit avec beaucoup de difficulté à retourner la paupière inférieure. Alors, la pince étant fixée, il la confia à un aide; et, saisissant une autre pince, il retourna de même la paupière supérieure. A ce moment, le globe oculaire glissa subitement dans sa place normale. C'était un cas de véritable luxation du globe oculaire; notre confrère a trouvé très peu de chose sur ce sujet dans les traités de chirurgie. La conjonctivite consécutive a été facilement combattue, et la vue du blessé est intacte. Le tiraillement du nerf optique n'a pas duré plus de quarante-cinq minutes. (*Med. Record,* 27 août 1887.)

Hémorrhoïdes douloureuses. — Le docteur Thomas-H. Kinnard a relaté, dans le *Pacific med. and surg. Journal*, 20 cas d'hémorrhoïdes douloureuses qu'il a traitées heureusement au moyen d'onctions sur les tumeurs avec un mélange d'une partie d'extrait d'ail et de deux parties d'huile d'olive. Lorsque les hémorrhoïdes sont internes, il injecte un drachme du mélange dans le rectum.

Hydrocèle chez la femme. — L'*Union médicale,* dans son numéro de 14 juillet 1887, p. 65, a rapporté trois cas de cette maladie. On peut en rapprocher le suivant, qui a été publié par le docteur A. Hirst, dans le *Brit. med. Journ.* du 3 septembre 1887 : La malade, mariée, était enceinte pour la troisième fois, et très avancée dans sa grossesse. Il s'était développé lentement dans la grande lèvre gauche une tumeur qui, quand notre confrère la vit, avait à peu près le volume ordinaire d'une hydrocèle scrotale à l'époque où l'attention s'y porte pour la première fois. Cette tumeur était translucide, fluctuante, nettement circonscrite, sans impulsion par la toux, ni aucun autre signe de hernie. Un fin trocart y ayant été introduit, il s'écoula par la canule environ 200 grammes de sérosité, et la tumeur s'affaissa complètement. En raison de la grossesse avancée, le docteur Hirst ne voulut pas injecter dans la poche la teinture d'iode, qui lui a toujours réussi dans l'hydrocèle scrotale. Malgré des recherches attentives dans un grand nombre de livres sérieux, le docteur Hirst n'a jamais pu rien trouver sur ce sujet. — R.

Obstruction intestinale. — On lit dans le *Medical press and Circular* du 7 septembre 1887, le fait intéressant qui suit : « Un malade a été opéré récemment à l'hôpital du Collège Jeafferson, à Philadelphie, par le docteur Barton, un des chirurgiens de cet hôpital, pour une obstruction chronique des intestins, qui existait depuis environ un an. Cette opération n'avait jamais encore été faite en Amérique, bien que plusieurs semblables eussent été pratiquées par le professeur Loretta (de Bologne). Le docteur Barton ayant ouvert l'abdomen trouva que le calibre du gros et du petit intestin, à leur point de jonction, était réduit à celui d'un tuyau de plume. Il ouvrit l'intestin au delà de l'obstruction, et, au moyen d'instruments et de son doigt, il dilata la portion contractée et la ramena à sa capacité naturelle. Puis, les plaies furent fermées et pansées.

L'opération a été suivie d'une franche convalescence, et l'opéré est hors de danger. Dans les cas rapportés par le professeur Loretta, la dilatation a été faite à l'orifice pylorique pour des productions cancéreuses. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Orchite paludéenne, éléphantiasis du testicule et du scrotum. — Appareil pour les fractures du membre inférieur. — Plaie pénétrante de l'abdomen et de l'utérus chez une femme enceinte de six mois. — Amputation partielle du pied pour un traumatisme. — Un nouveau bandage.

Au début de la séance, M. le Président fait savoir que l'un des concurrents pour le prix Demarquay a omis d'envoyer un pli cacheté et qu'il est par conséquent impossible de savoir son nom. Son travail porte pour devise : *L'opération de la hernie étranglée doit être mise à la portée des chirurgiens les moins expérimentés.*

— M. Chauvel donne lecture du discours prononcé par M. Desprès, au nom de la Société, devant le monument élevé à Tours à la mémoire de Trousseau, Velpeau et Bretonneau.

— M. Le Dentu lit un long et intéressant travail ayant pour titre : *Orchite paludéenne, de l'éléphantiasis du testicule indépendante de celle du scrotum.* — Il a été à même d'observer plusieurs fois des indurations chroniques du testicule chez des personnes habitant la zone intertropicale, et il a toujours été tenté de rattacher ces lésions à des dégénérescences éléphantiasiques de l'organe. Quelques observations confirment entièrement cette manière de voir. Un homme de 35 ans, habitant Cayenne depuis cinq ans, atteint de fièvre paludéenne, fut sujet plusieurs fois à des crises douloureuses ayant pour siège le testicule. Le malade vient à Paris en 1885. L'examen démontra l'existence de lésions épididymaires et de plus une induration avec hypertrophie des deux testicules ; leur surface était lisse, mais dure; absence complète d'élasticité; le scrotum était normal. Toutes ces lésions s'étaient beaucoup amendées par le voyage. Pendant son séjour, le malade fut pris d'une névralgie faciale qui céda facilement au sulfate de quinine associé à la morphine.

Dans un autre cas, M. Le Dentu a noté la coexistence d'éléphantiasis du scrotum et des testicules. Un homme de 40 ans, habitant Surinam depuis plusieurs mois, vint à Paris. Il présentait un commencement d'éléphantiasis des bourses, avec augmentation de volume des deux testicules. On pensa à un testicule syphilitique. M. Fournier le mit également au traitement spécifique. Rien ne fut modifié. Une ou deux fois le malade avait eu un écoulement blennorrhéique; perte des facultés génésiques. Cet état resta stationnaire, pendant dix ans, jusqu'en 1885. Le scrotum alors était très volumineux (15 centimètres de diamètre); il y avait un œdème accusé du prépuce et de l'aine du côté gauche. Chaque testicule avait le volume d'un œuf de dinde. Le diagnostic fut : dégénérescence éléphantiasique du testicule ayant précédé celle du scrotum. Les scarifications répétées furent rapidement très efficaces. Au bout de dix-neuf séances, il ne restait plus qu'une petite plaque indurée au niveau du pli de l'aine du côté gauche. Le scrotum ne présentait plus qu'un peu d'œdème sur la ligne médiane, ce qui diminuait singulièrement l'importance de l'intervention.

Dans d'autres cas, les lésions testiculaires ne sont pas associées à l'éléphantiasis du scrotum. Ces différentes affections ont d'ailleurs été peu étudiées jusqu'à présent, et l'on est absolument indécis sur leur pathogénie. M. Le Dentu a fait rechercher la filaire dans le sang du malade de la seconde observation précitée, et les recherches sont restées négatives. Il faut donc admettre, à côté des nombreux faits d'orchite paludéenne franche aiguë, une lésion testiculaire chronique qui accompagne souvent l'éléphantiasis du

scrotum. La coïncidence fréquente des lésions scrotales et testiculaires prouve bien qu'elles ont une origine commune, mais la question est de savoir quels peuvent être leurs rapports avec l'orchite paludéenne. L'une des affections est-elle la forme chronique de l'autre ? La question est difficile à trancher, car l'éléphantiasis peut être fréquente dans des pays où la fièvre paludéenne est très répandue et inversement. Ce qui est certain, c'est que le système lymphatique est surtout atteint. C'est une lymphangite interstitielle et tégumentaire, radiculaire et réticulaire, d'où l'on pourrait déduire que l'orchite paludéenne est une lymphangite testiculaire à répétition.

M. Le Dentu insiste, en terminant, sur le bénéfice considérable que l'on peut retirer des scarifications; il ne faudrait cependant pas les multiplier jusqu'à affaiblir le malade par des pertes de sang trop répétées.

M. Terrillon croit que l'on doit faire des réserves sur la nature de l'orchite paludéenne; le paludisme n'agit pas seul, car les fièvres de nos pays ne produisent pas ces orchites; on doit tenir compte aussi du climat. Dans certains cas, le diagnostic d'éléphantiasis du scrotum présente des difficultés, le fait suivant le prouve. Un médecin français habitait Cayenne depuis douze ans; il n'eut pas de fièvres intermittentes, mais, au bout de quelque temps, il eut des poussées douloureuses du côté des deux testicules, puis son scrotum augmenta de volume en présentant tous les caractères d'une dégénérescence éléphantiasique. Il atteignait le volume d'une tête d'adulte. M. Terrillon, en l'examinant, crut percevoir l'existence d'une fluctuation profonde; la ponction donna issue à deux litres et demi d'un liquide clair et citrin. On avait affaire à une hydrocèle unilatérale. L'examen des testicules fit reconnaître leur augmentation de volume, surtout pour celui du côté où se trouvait l'épanchement.

M. Monod confirme la pauvreté de la littérature médicale sur ce sujet. Au point de vue de la pathogénie, il croit qu'il faut rapprocher ces cas des hydrocèles graisseuses, qui sont souvent accompagnées d'ailleurs d'éléphantiasis des bourses.

M. Le Dentu est convaincu que l'hydrocèle simple des pays chauds s'accompagne presque toujours de lésions testiculaires.

— M. Humbert fait un rapport sur un appareil présenté par M. Plucquet, de Querbigny (Somme). Cet appareil destiné au traitement des fractures du membre inférieur permet de faire l'extension continue et de maintenir le pied suspendu en graduant à volonté son élévation. Ses autres avantages sont, d'après M. Plucquet, de faciliter l'examen quotidien de la fracture, d'éviter la compression et la douleur du talon, d'activer la guérison, d'empêcher la claudication. Le même auteur affirme que, sur un grand nombre de malades auxquels il a appliqué son appareil, il n'a pas un seul boiteux.

— M. Schwartz donne lecture d'une observation ayant pour titre : *Plaie pénétrante de l'abdomen et de l'utérus chez une femme enceinte de six mois.*

Le 18 août dernier, à deux heures du matin, on amenait à l'hôpital Beaujon une femme ayant reçu un coup de couteau dans le ventre; elle avait perdu une grande quantité de sang; la plaie se voyait sur la partie antérieure de la paroi abdominale, elle était dirigée de droite à gauche et de haut en bas et avait 7 à 8 centimètres de long; une anse intestinale de 90 centimètres sortait de l'abdomen en même temps que les deux pieds d'un fœtus; le facies de la malade n'était pas trop altéré. On donna le chloroforme; les parties herniées sont lavées soigneusement avec de l'eau filtrée et bouillie, maintenue à 40°, et recouvertes par des compresses trempées dans la liqueur de Van Swieten; la plaie, trop étroite, est agrandie de 7 centimètres. En bas, on aperçoit le fond de l'utérus ouvert transversalement; les culs-de-sac péritonéaux sont remplis de caillots; la plaie utérine est agrandie également, le placenta retiré; puis, après lavage minutieux des cavités abdominale et utérine, réunion des lèvres de la plaie de la matrice par douze points de suture au catgut n° 4. Les anses intestinales sont rentrées, l'abdomen refermé comme après la laparotomie : irrigations vaginales, tamponnement avec la gaze iodoformée.

L'opération avait duré une heure. Déjà, le lendemain 19, le ventre était un peu ballonné, le thermomètre marquait 38°. Le 21, la péritonite se dessinait; le 22, la malade

mourait. A l'autopsie, pratiquée par le docteur Socquet, on trouva les lésions communes de la péritonite; seules, les anses qui avaient fait issue hors de la cavité abdominale, présentaient une coloration ecchymotique spéciale; les plaies utérine et abdominale étaient parfaitement réunies; tous les viscères étaient sains. Le fœtus mesurait 38 centimètres de long; il n'était pas né viable; sa mort remontait au moment de l'accident.

Cette observation permet d'émettre un certain nombre de considérations sur les plaies utérines. Deux cas peuvent se présenter: ou l'utérus est vide, et alors rarement il est blessé, ou il est gravide, et il est, au contraire, fréquemment atteint.

Le docteur Guelliot (de Reims) a cité un cas dans lequel cet organe a été atteint par l'échancrure sciatique; en outre, il est exposé aux plaies contuses, aux plaies par armes à feu. Les traumatismes par coups de cornes ne sont pas rares et intéressent assez souvent en même temps les anses intestinales. Quand la grossesse est peu avancée, on trouve le plus souvent des lésions des autres organes pelviens et surtout de la vessie. D'où il suit que les plaies de l'utérus peuvent être simples ou compliquées, complètes ou incomplètes. Dans ce dernier cas, le diagnostic est presque impossible, il ne peut guère se faire que s'il y a issue des eaux de l'amnios par la plaie abdominale.

La gravité de ces traumatismes est considérable, car presque toujours l'enfant meurt et la mère souvent, bien que la guérison survienne assez facilement dans les plaies de petites dimensions.

Quant à la conduite à tenir en présence d'une plaie de ce genre, elle peut se résumer de la façon suivante : Si la plaie est étroite, qu'il n'y ait pas issue au dehors de la masse intestinale ou des parties fœtales, il ne faudra pas hésiter à l'agrandir pour arriver sur l'utérus et à agrandir également la plaie utérine pour extraire le fœtus. Si la plaie est large et que les viscères fassent issue au dehors, il faudra les faire rentrer et pratiquer, dans tous les cas, l'antisepsie la plus rigoureuse; l'eau bouillie et filtrée donne de bons résultats pour les lavages des parties herniées. Au lieu de pratiquer la suture de Sænger, M. Schwartz a fait la suture en appliquant muscle contre muscle, séreuse contre séreuse; comme on l'a vu, la réunion a été parfaite et rapide.

M. Berger dit avoir vu, dans un cas où est intervenu M. Bar, les deux lèvres de la plaie utérine se recroqueviller et rendre la suture très difficile.

M. Guéniot pense que, dans les cas de ce genre, il faut intervenir le plus tôt possible, et il est convaincu que si, dans le cas actuel, M. Schwartz avait fait l'opération une demi-heure après l'accident, par exemple, la malade eût guéri. Au point de vue de la suture, il est d'avis que la direction transversale de la plaie facilite beaucoup l'affrontement des deux lèvres. C'est ainsi que, dans l'opération césarienne, l'incision portant sur la ligne médiane, la réunion se fait difficilement : les fibres superficielles de l'utérus s'écartent, tandis que les fibres profondes se rapprochent, et l'on a une plaie ayant la forme d'un angle dièdre. Dans ces conditions, l'on pourrait se demander s'il ne vaudrait pas mieux, dans l'opération césarienne, faire porter l'incision sur le fond de l'organe. Il reproche à M. Schwartz de ne pas avoir mentionné l'état du col; il est évident, en effet, que, suivant sa perméabilité, il laissera passer ou retiendra les produits septiques que peut, après un tel traumatisme, renfermer la cavité utérine. Les injections intra-utérines paraissent trouver ici une indication absolue.

M. Marchand confirme la difficulté de la suture utérine. Dans un cas où il l'a pratiquée, deux points seulement, sur cinq, avaient tenu. Quant à la question de l'intervention, il pense que l'on devrait donner la préférence à l'opération de Porro.

M. Guéniot croit l'opération césarienne supérieure à cette dernière, qui est indiquée surtout lorsqu'il y a septicémie utérine.

M. Marchand : C'est précisément pour l'éviter que l'on fait l'opération de Porro.

M. Terrier rejette le mode de suture qui consiste à réunir séparément muqueuse et musculeuse : l'essentiel est de prendre le plus de muscle possible, et l'on fait une suture à points séparés en rasant la muqueuse. Quant à la plaie utérine, elle se ferme facile-

ment; l'utérus, en effet, revient spontanément sur lui-même lorsqu'on a sorti ce qu'il contenait, ce qui est la règle. Certains auteurs conseillent de faire les points de suture à deux étages; à son avis, un seul étage suffit.

M. Schwartz répond qu'il ne se serait décidé à faire une opération de Porro que si l'hémorrhagie eût été considérable; or, sa malade perdait peu de sang au moment où il fut appelé auprès d'elle. Sur la question des sutures, il déclare avoir paré au plus pressé, et c'est là le point essentiel.

M. Guéniot est d'avis qu'il faut surtout les faire d'une manière efficace.

— M. Nimier donne lecture d'un travail portant comme titre : *Amputation partielle de l'avant-pied pour un traumatisme.*

— M. Lucas-Championnière présente à la Société un nouveau bandage destiné aux malades chez lesquels on a pratiqué la cure radicale de leur hernie. Une simple ceinture élastique maintient une pelote au-dessus de la cicatrice, qui se trouve ainsi consolidée.

— La séance est levée à cinq heures quinze minutes. — E. V.

FORMULAIRE

Potion contre la dysménorrhée. — De Sinéty.

Teinture de cannabis indica	1 gr. 50 centigr.
Hydrolat de laurier-cerise	10 grammes.
Hydrolat de tilleul	100 —
Sirop d'opium	àà 20 grammes.
Sirop d'éther	

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, toutes les heures, pour combattre les crises douloureuses de la dysménorrhée, après qu'on a constaté qu'il n'existe de rétrécissement d'aucun orifice. — En cas de douleurs très vives, on fait des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — Les douches de chloroforme dans le vagin sont également efficaces. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Choléra. — On a signalé à Rome 53 cas de choléra du 26 septembre au 2 octobre, et 70 cas du 3 au 9 de ce mois. Pendant ce même temps, 29 décès ont été causés par l'épidémie. Le chiffre total des attaques publiées jusqu'à ce jour s'élève à 393, dont 179 décès.

A Naples, dans les cinq premiers jours d'octobre, 6 cas se sont encore montrés.

A Pozzuoli, Palerme, on signale également quelques nouvelles atteintes et quelques morts.

A Messine, 126 cas se sont produits du 1er au 8 septembre. Les statistiques officielles portent pour Messine, du 10 au 30 septembre, 1,906 attaques et 719 morts.

Corée. — Le *Medical Report* donne dans son n° 33 d'intéressants détails sur l'épidémie de choléra qui sévit l'été dernier en Corée. Des ports du Sud, le mal gagna le 15 juillet la ville de Sourd. Bien qu'on eût le temps de mettre obstacle à la marche du fléau et à l'envahissement de la ville, aucune mesure prophylactique ne fut prise; aussi en quinze jours, du 15 juillet au 1er septembre, le mal fait 7,092 victimes. Après quoi l'épidémie s'étendit à toute la presqu'île.

— Le professeur Lang (d'Innsbruck) est nommé premier médecin de la division des syphilitiques de l'Hôpital général de Vienne.

— Le docteur M. Reich succédera à la chaire d'ophthalmologie de Kasan au professeur Adamyck qui prend sa retraite.

Nécrologie. — Vient de mourir à New-York le docteur Alonzo Klark, ex-professeur au Collège of physicians and surgeons.

Un médecin centenaire. — Vient de mourir à Looke (en Pologne) le docteur Neklewitsch, à l'âge de 109 ans.

— On vient de découvrir à Pompéi, dans les ruines, une boîte en bois contenant une grande quantité d'instruments de chirurgie, dont une grande partie ressemble à ceux actuellement en usage.

— A Bruxelles se tiendra, l'année prochaine, du mois de mai au mois de novembre, une Exposition internationale scientifique et industrielle. Elle est divisée en 50 sections. Citons parmi les plus importantes : médecine, chirurgie, hygiène, choses balnéaires, etc. A la tête de cette œuvre immense sont placés M. Lentz, directeur général au ministère de la justice, et le docteur Möller, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique.

— Vient de se fonder, à Moscou, une Société de gynécologie ; c'est le professeur Makejew qui en a été nommé président.

— Le docteur Pétri (de Berne) est nommé professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg. — Ch. S.

COURRIER

Académie de médecine. — *Prix Pourat* (900 francs). — Question posée pour 1888 : « Physiologie du muscle cardiaque. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1888.

— Par décret, en date du 29 octobre 1887, M. le docteur Lisnard, maire de Vallauris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté des sciences de Clermont. — M. Glangeaud, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de géologie et de minéralogie, en remplacement de M. Robinet, démissionnaire.

— Les docteurs Fontaine et Sainton sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Bar-sur-Seine.

— M. le professeur Verneuil a commencé son cours de clinique chirurgicale, le vendredi 4 novembre 1887, à dix heures, à l'hôpital de la Pitié ; il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur G. Sée a commencé son cours de clinique médicale, le lundi 7 novembre 1887, à neuf heures et demie, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera tous les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons auront lieu dans l'ordre suivant : le lundi, leçons sur les altérations du sang ; le mercredi, examen des malades entrants ; le vendredi, conférences de thérapeutique.

M. le professeur Cornil, pratiquera les autopsies, tous les jours à dix heures, à l'amphitéâtre Bichat. Le jeudi, à la même heure, auront lieu des conférences pratiques. Il commencera ses conférences le jeudi 10 novembre.

— M. le professeur Panas a commencé son cours de clinique ophthalmologique, le lundi 7 novembre 1887, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Clinique et opérations à dix heures. — Exercices ophthalmoscopiques, tous les mercredis.

— M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale, le mardi 8

novembre 1887, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. La visite des malades a lieu tous les jours, à neuf heures du matin.

— M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 8 novembre 1887, à dix heures du matin, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. La visite des malades aura lieu à huit heures et demie du matin.

Leçons de séméiologie clinique, par M. Sapelier, chef de clinique, les vendredis, à dix heures; leçons de chimie pathologique, par M. Esbach, chef du laboratoire de chimie, les lundis à dix heures; leçons de physiologie pathologique, par M. Gaucher, chef du laboratoire de physiologie pathologique, les mercredis à dix heures; démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

— M. le professeur Gautier commencera son cours de chimie médicale, le mardi 8 novembre 1887, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. Gautier traitera : 1° des métalloïdes et des métaux au point de vue spécial de leur application à la médecine ; 2° des substances organiques qui entrent dans la constitution des êtres vivants.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'histologie, le mardi 8 novembre 1887, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Il traitera : du sang et des vaisseaux; des épithéliums et des glandes; de l'appareil génito-urinaire et des éléments de la génération.

— M. le professeur G. Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée, le mardi 8 novembre 1887, à neuf heures trois quarts du matin, au Muséum d'histoire naturelle, dans le laboratoire d'anatomie, 55, rue de Buffon, et le continuera les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Le mardi et le jeudi, il exposera l'anatomie des arthropodes et des poissons ; le samedi, auront lieu, à la même heure, des conférences pratiques. Pour suivre ces conférences, les élèves devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire de M. le professeur Pouchet.

Cours public sur les maladies des yeux. — Le docteur Galezowski commencera ce cours mardi soir, 8 novembre 1887, à huit heures du soir, à l'École pratique de la Faculté, à l'amphithéâtre n° 2, et il le continuera les jeudis et les mardis suivants.

Ce cours comprendra : 1° Le diagnostic des maladies externes et internes des yeux. 2° La pathogénie des affections oculaires, sympathiques, réflexes et constitutionnelles. 3° Les relations qui existent entre les maladies des yeux, les maladies du cerveau, de la moelle épinière et du cœur. Démonstrations ophtalmoscopiques à la fin de chaque leçon.

Cours libre de gynécologie. — M. le docteur S. Pozzi, agrégé libre, commencera ce cours, le mardi 15 novembre 1887 (Petit amphithéâtre de la Faculté), à six heures de l'après-midi, et continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Programme du cours : Maladies des organes génitaux de la femme.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Médications actuelles des glycosuries et diabètes.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 5 mai 1887,

Par le docteur P. Bouloumié.

I

DE LA CURABILITÉ DU DIABÈTE.

A l'occasion du mémoire qui nous a été lu par notre collègue M. Le Blond, la question des médications du diabète a été mise à l'ordre du jour de nos séances et, sur l'invitation du bureau, je me suis chargé d'en présenter un aperçu pouvant servir de point de départ à la discussion.

Je viens m'acquitter de ma tâche.

Depuis quelque temps, on n'entend parler que de guérison de diabète; plusieurs médicaments ou médications sont vantés presque comme des spécifiques, et tandis que nous avons toujours considéré le diabète comme une des maladies qu'on guérit le moins d'une manière définitive, quelques voix s'élèvent pour le déclarer facilement curable et présentent des statistiques mentionnant plus de 95 p. 100 de guérisons radicales. Il y a quelques années, c'était la diète carnée qui devait guérir tous les diabétiques; un peu plus tard, c'était le bromure de potassium; avant hier, c'était l'eau lithinée arsenicale; hier, c'était un « traitement spécial et rationnel » annoncé par un médecin autrichien, jaloux du succès de celle-ci; demain, ce sera le mathé. Le lait écrémé, les acides phénique et salicylique, la créosote et l'iodoforme, le seigle ergoté et bien d'autres médicaments étaient en même temps vantés, puis oubliés après un moment de vogue, et les véritables antidiabétiques : l'opium, les alcalins, l'arsenic, le régime lui-même semblaient, à en croire les parrains des nouveaux remèdes, devoir être relégués au second plan. Cependant, M. Villemin présentait à l'Académie des sciences une très intéressante observation montrant les effets favorables de l'association de l'opium et de la belladone, contre la glycosurie, chez un homme qui avait été vainement traité par ces deux médicaments administrés isolément; et notre collègue M. Le Blond nous apportait plusieurs observations témoignant d'une amélioration notable constatée chez quelques diabétiques par l'usage de l'eau chargée d'oxygène sous pression.

En présence de ce luxe, tous les jours plus exubérant, de médications et de médicaments présentés souvent comme les antidiabétiques par excellence, permettant de négliger le régime que nous considérons tous, à juste titre je crois, comme la meilleure sauvegarde des malades, la Société de médecine de Paris a demandé avec raison à ses membres de mettre en commun le résultat de leur expérience personnelle pour discuter la valeur réelle des moyens proposés et pour fixer, autant que possible, les indications de chacun de ceux qui méritent de rester dans la thérapeutique du diabète.

La première chose à établir, pour donner quelque précision à cette discussion, est ce que l'on doit entendre par diabète, et malheureusement ce n'est pas chose facile. On décrit une maladie, mais on ne la définit guère, surtout quand il s'agit d'une maladie comme le diabète, dont l'anatomie pathologique est encore à faire. La définition de Bouchardat : maladie dans laquelle l'urine contient continuellement une portion notable de sucre de fécule, est trop incomplète pour nous satisfaire; il en est de même de toutes celles qui ont été tentées. Les uns appellent diabète ce que les autres appellent glycosurie; d'autres ne reconnaissent que des diabètes, légers ou graves, et chacun finalement donne une valeur inégale au mot diabète.

Je sais bien que la distinction établie entre ce qu'on est convenu d'appeler glycosurie et ce qu'on est convenu d'appeler diabète ne présente pas la précision scientifique que recherche à bon droit notre génération médicale; je la crois pourtant utile à conserver, particulièrement ici, dans l'intérêt de la discussion. Je vous proposerai donc de distinguer glycosuries et diabètes, et d'admettre une division des cas qui, bien que trop exclusive à certains égards, me paraît néanmoins avoir un réel intérêt pour juger de l'efficacité des médicaments ou médications proposés. Cette division a pour bases les deux propositions suivantes :

Toute glycosurie, avec ou sans azoturie, ne cessant pas par simple suppression des aliments sucrés et amylacés, est une glycosurie diabétique et caractérise un diabète primitif ou secondaire.

Toute glycosurie, avec ou sans azoturie, cessant par suppression des aliments sucrés et amylacés, est une glycosurie simple ou diabétique, et ne saurait à elle seule caractériser un diabète (1).

Pour éviter toute cause d'erreur au sujet de la curabilité du diabète par l'emploi des médicaments dits antidiabétiques, je demanderais que les observations présentées pour démontrer leur efficacité se rapportent à des cas rentrant dans la première catégorie. On m'objectera que ce ne sont là que les cas les plus graves et les plus invétérés généralement, et non la moyenne de ceux qu'on rencontre dans la pratique et qu'on a grand intérêt à guérir; l'objection sera fondée, mais l'efficacité des moyens proposés n'en sera que mieux démontrée s'il y a guérison, et nous souscrirons alors très volontiers à l'opinion émise par ceux qui les ont préconisés, à savoir que le diabète est très souvent susceptible de guérison.

Jusque-là, nous nous demanderons si on n'a pas eu affaire à des glycosuries parfois intermittentes, comme le sont souvent les glycosuries goutteuses, à des glycosuries symptomatiques d'un état quelconque qui a pu se modifier spontanément ou autrement, à des glycosuries entretenues par une alimentation vicieuse et modifiées par le régime, etc., etc.; car, malgré la facilité avec laquelle quelques auteurs parlent de guérison, cette terminaison me paraît aussi rare qu'autrefois quand il s'agit de diabètes confirmés.

Bouchardat, il est vrai, dit, en parlant du diabète : « En paraissant ne

(1) La durée de l'abstinence d'aliments sucrés ou féculents permettant de classer les cas dans une des deux catégories précédentes varie de trois à sept jours habituellement. En général, si, trois jours après la suppression du sucre et des farineux, il y a encore du sucre dans l'urine, on peut conclure à une glycosurie diabétique; de même que si, dès le deuxième jour, il s'établit une élimination de sucre très sensiblement constante, ou bien si le matin, à jeun, il y a des proportions notables de sucre dans l'urine.

« m'attaquer qu'au symptôme, je puis dans bien des cas arriver à une « guérison solide. »

Le professeur Cantani déclare que le diabète est guérissable, à condition que son traitement (viande et acide lactique) ne soit pas commencé trop tard et soit rigoureusement poursuivi pendant très longtemps; et le professeur Primavera, renchérissant sur cette assertion, dit : « Le diabète est toujours guérissable, quelles que soient la période et l'intensité »; mais, peu après, un autre médecin italien, le professeur Pietro Berussi, dit, en rappelant cette phrase, qu'il « conserve à ce sujet une incrédulité décisive et absolue » et qu'il n'a « pas eu jusqu'aujourd'hui (1883) la bonne fortune de voir un diabétique guéri. »

D'autre part, en France, le traitement de Cantani n'a pas plus que les autres amené la guérison du diabète; il y est même aujourd'hui peu employé à cause de ses inconvénients et parfois de ses dangers. Il ne faut pas oublier, en effet, que Pavy a pu dire que si le diabète grave non traité se termine par la phthisie pulmonaire, le diabète traité aboutit à l'acétonémie, et que cette opinion adoptée par Lasègue est partagée par un certain nombre de médecins.

M. Martineau dit, dans son mémoire présenté il y a quelques jours à la Société d'hydrologie : « J'ai recueilli 70 cas; 67 fois j'ai obtenu une guérison rapide, 3 fois j'ai échoué ». C'est donc dans une proportion de 95,7 p. 100 qu'il a constaté les guérisons rapides dont il parle, et cela : « chez des diabétiques de tout âge et ayant présenté les accidents les plus graves. »

Mais à côté de cette statistique se dressent celles de Seegen, de Frerichs et autres : Seegen, sur 400 cas, n'a pas vu un malade guéri, c'est-à-dire pouvant prendre des hydrocarbures comme une personne bien portante, sans que la glycosurie reparût plus ou moins, et déclare ne pas croire à la curabilité absolue du diabète même lorsqu'il constate la disparition de tous les symptômes.

Frerichs, qui, lui aussi, parle, dans son *Traité du diabète*, de 400 malades observés (282 hommes et 118 femmes) dit : « Le diabète peut se terminer de différentes manière, et l'issue n'en est pas toujours défavorable, comme on l'admet communément. Il y a même des cas de guérison; malheureusement la terminaison du diabète par guérison est rare..... Le diabète, enfin, se termine par la mort, et c'est le cas le plus commun. » On trouve du reste la preuve de ces assertions dans ce fait que Frerichs parle dans son traité de 250 cas de diabète suivi de mort, tous tirés de ses observations personnelles, et de 12 cas seulement terminés par guérison.

La proportion des cas suivis de mort (250 sur 400) a donc été de 62,5 (morts) p. 100 (cas observés); les cas suivis de guérison (12 sur 400), de 3 (guéris) p. 100 (observés), et la proportion des cas terminés par guérison et des cas terminés par la mort (12 pour 250), soit 5 (guéris) pour 100 morts.

Andral, étudiant dans une note à l'Académie des sciences 84 cas de sa pratique, dit que « le sucre a disparu chez un très petit nombre sans se reproduire. »

Lecorché, dans son récent ouvrage sur le diabète chez la femme, dit à son tour que « si la guérison est possible, il faut bien reconnaître que la terminaison habituelle, après des péripéties plus ou moins variées et une durée plus ou moins prolongée, est la mort. »

Nous avons bien le droit, après avoir rappelé ces opinions si autorisées, confirmatives des résultats de notre expérience personnelle, de nous montrer réservé quand il s'agit d'admettre la guérison fréquente du diabète et d'appeler l'attention de la Société sur la nécessité d'exiger : 1° la preuve de l'existence d'un diabète confirmé chez les malades guéris ou prétendus guéris par l'un quelconque des moyens employés; 2° des observations prolongées pendant un temps assez long. « Il n'est en effet permis, dirons-nous avec Frerichs, de parler de guérison que lorsqu'il s'est passé plusieurs années sans que le sucre ait reparu dans l'urine malgré toute espèce de variété dans le régime ».

Ceci dit, je tiens à déclarer, ce qui est d'ailleurs la conséquence logique des opinions que je soutiens sur la curabilité toujours douteuse et la guérison toujours difficile du diabète, que les moyens capables de guérir la glycosurie et d'amener une amélioration réelle du diabète méritent de fixer toute notre attention. Ils doivent être rappelés pour être mis successivement en discussion. (*A suivre.*)

Du naphtol comme antiseptique (1)

Par M. le professeur Bouchard.

Je désire entretenir l'Académie des recherches que je poursuis depuis deux années et qui m'ont amené à introduire dans la thérapeutique un nouvel agent antiseptique, le naphtol. Ce n'est pas que ce naphtol n'ait déjà été employé comme médicament, ni qu'on ait ignoré jusqu'à ce jour ses propriétés antiseptiques; mais son usage était resté limité au traitement local de certaines maladies de la peau. Il était employé associé à des savons ou à des onguents, encore n'en usait-on qu'avec une extrême réserve, en raison de son excessive toxicité. On ne l'avait pas encore administré à l'intérieur.

J'ai déterminé et mesuré le pouvoir antiseptique du naphtol et son pouvoir toxique; et de cette double notion j'ai été amené à conclure que le naphtol mérite, pour certains objets, d'être préféré à tous les antiseptiques actuellement connus. Ce qui lui vaut cette supériorité, c'est sa très faible solubilité.

Pour désinfecter une surface facilement accessible, les antiseptiques solubles suffisent et l'on n'a que l'embarras du choix; pour pratiquer l'antisepsie générale, il faudrait également un antiseptique soluble, mais on n'en possède pas encore qui puisse être introduit dans le sang à dose suffisante pour entraver la vie des microbes, sans compromettre la santé ou la vie du malade.

Pour l'antisepsie dans l'épaisseur d'un tissu ou pour celle des cavités difficilement accessibles où l'on ne peut pas pratiquer des lavages continus, les antiseptiques insolubles, ou du moins difficilement solubles, peuvent être employés avec avantage. Ils doivent être préférés pour le traitement interstitiel de certaines maladies des tissus, pour l'antisepsie des cavités séreuses, et surtout pour l'antisepsie du tube digestif que j'ai surtout en vue dans cette étude. Seul un antiseptique insoluble, soustrait à l'absorption par son insolubilité, restera partout présent dans toute la longueur du tube digestif et pourra être administré à dose suffisante pour rendre impossible toute fermentation, sans qu'on ait à redouter son action générale sur l'économie dans laquelle son insolubilité l'empêche de pénétrer. Ce sont là les raisons qui m'avaient fait préférer le salicylate de bismuth et l'iodoforme; ce sont celles aussi qu'a invoquées Rossbach quand il a appliqué la naphtaline à l'antisepsie intestinale.

Le naphtol n'est soluble dans l'eau qu'à la dose de 0 gr.,2 pour 1,000. On peut en dissoudre, par litre, 0 gr., 33 dans l'eau contenant 1 d'alcool pour 1,000; 1 gramme dans

(1) Communication faite à l'Académie des sciences, le 24 octobre 1887.

l'eau contenant 50 d'alcool pour 1,000; 2 grammes dans l'eau contenant 200 d'alcool pour 1,000. C'est dire que le naphtol est l'un des médicaments les plus insolubles.

Quelle est sa valeur antiseptique? Je l'ai étudiée en cultivant onze microbes différents, comparativement, dans des milieux nutritifs additionnés de naphtol en proportions variées, et déterminant la proportion de naphtol qui retarde, entrave ou empêche le développement de chaque microbe ou qui restreint ou supprime l'un de ses actes fonctionnels.

A la dose de 0 gr., 30 pour 1,000 de substance nutritive, liquide comme les bouillons ordinaires, ou solidifiée par la gélatine ou par l'agar, le naphtol empêche complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite de la brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie et de deux organismes de la suppuration, le staphylococcus albus et le staphylococcus aureus.

A la même dose, il retarde beaucoup le développement du bacille de la fièvre typhoïde dont les cultures restent très pauvres, et il entrave un peu la germination du bacille de la tuberculose. J'ajoute que l'urine agitée avec le naphtol en poudre, puis filtrée et exposée à l'air, ne fermente pas; que la matière fécale humaine qui amène une putréfaction très rapide des liquides de culture ne fait apparaître qu'un léger louche dans les bouillons additionnés de 0 gr., 40 de naphtol par litre; que les matières organiques en pleine putréfaction, placées dans l'eau additionnée de naphtol, cessent de se putréfier et perdent rapidement leur fétidité.

J'ai pu rendre la démonstration plus précise et plus saisissante en cultivant dans des milieux naphtolés deux microbes qui sécrètent des matières colorantes. L'un est le bacille découvert par Gessart, et qui fabrique la pyocyanine; l'autre est un microbe qui est peut-être nouveau et qui a été découvert par M. Charrin dans l'intestin du lapin; il sécrète une matière verte d'une très belle fluorescence.

Je soumets à l'Académie quatre tubes qui ont été ensemencés en même temps, il y a trois jours, avec la même quantité d'une même culture du bacille de la pyocyanine; chacun de ces tubes contient la même quantité de matière nutritive solidifiée par l'agar-agar. Le premier, qui n'est pas additionné de naphtol, montre une végétation abondante et s'est coloré dans toute son épaisseur par la pyocyanine.

Un second tube, dont le contenu renferme 0 gr., 40 de naphtol pour 1,000, a donné une végétation moins étendue; mais, quoique le microbe y soit fort abondant, on peut voir qu'il n'a pas sécrété de pyocyanine.

Dans un troisième tube, qui a reçu 0 gr., 53 de naphtol pour 1,000, on distingue à peine quelques colonies de microbes qui n'ont pas donné de traces de pyocyanine.

Dans un quatrième tube enfin, qui a été additionné de 0 gr., 66 de naphtol pour 1,000, il n'y a pas la moindre apparence de végétation.

Les cultures du microbe intestinal qui fournit le vert fluorescent donnent une démonstration aussi frappante. Dans le tube qui ne contient pas de naphtol, végétation abondante et fluorescence très marquée; à 0 gr., 40 de naphtol pour 1,000, végétation plus restreinte et fluorescence très faible; à 0 gr., 66 de naphtol pour 1,000, végétation presque nulle et absence totale de fluorescence.

Ces deux derniers microbes sont, on le voit, plus résistants en présence du naphtol que les microbes pathogènes.

Je fixe à 0 gr., 40 pour 1,000 la dose à laquelle le naphtol exerce d'une manière évidente son action antiseptique sur un microbe déterminé, le bacille pyocyanogène, qui m'a servi pour établir comparativement le pouvoir d'autres antiseptiques. Pour produire sur ce bacille la même action entravante, il faut, par litre de culture, 0 gr., 025 de bi-iodure de mercure, substance réputée l'une des plus antiseptiques. Le bi-iodure de mercure est donc seize fois plus antiseptique que le naphtol. De la même façon, on arrive à établir que l'acide phénique l'est cinq fois moins, la créosote trois fois moins, etc.

Le bi-iodure de mercure étant fort peu soluble et étant seize fois plus antiseptique que le naphtol, on pourrait croire qu'il mérite d'être préféré à ce dernier. Il le mérite assurément pour certains usages spéciaux, mais non pour l'antisepsie intestinale. En effet, en faisant ingérer à un animal 0 gr., 015 de bi-iodure de mercure, on peut parfois provoquer la mort, tandis que l'on n'arrive pas à produire ce résultat, quand on ne fait

pas ingérer une dose de naphthol supérieure à 3 gr., 80 par kilogramme d'animal, ce que nous pouvons exprimer en disant que le naphtol, par la voie stomacale, est 187 fois moins toxique que le bi-iodure. Il en résulte que, si l'on administre le naphtol et le bi-iodure à des doses physiologiques équivalentes, c'est-à-dire capables de faire courir un même risque à l'animal, la dose de naphtol employée sera capable de stériliser douze fois plus de matière que la dose correspondante de bi-iodure; cs qui revient à dire que e naphtol a une valeur thérapeutique douze fois plus grande que le bi-iodure.

D'après ce qui précède, la dose de naptol capable d'être toxique pour un homme de 65 kilog. serait voisine de 250 grammes. Or, 2 gr., 50 de naphtol par jour suffisent pour réaliser l'antisepsie intestinale.

En présence d'une si faible nocuité de cette substance, on se demande comment a pu s'établir la légende de la toxicité du naphtol, qu'on dit être capable de produire l'hémoglobinurie, les vomissements, les syncopes, les convulsions éclamptiques. Tout n'est pas faux dans ces accusations. Jamais chez les animaux, même chez ceux que j'ai réussi à tuer par l'énormité des doses, je n'ai observé l'hémoglobinurie; mais j'ai pu produire, à l'aide de certains artifices, l'albuminurie, les secousses musculaires rythmées des pattes, des lèvres et des paupières, la salivation, le coma, la perte des réflexes oculaires, l'arrêt de la respiration et la mort avec conservation des mouvements du cœur. Mais jamais je n'ai obtenu le moindre de ces faits quand je n'ai pas fait ingérer au delà de la dose quotidienne de 1 gr., 10 par kilogramme. Il est vrai que ce qui empoisonne ce n'est pas ce que l'on ingère, c'est ce que l'on absorbe, c'est ce qui pénètre dans le sang. Or le naphtol, introduit dans le sang à l'état de dissolution, est toxique à peu près au même degré que la quinine et l'acide phénique.

La difficulté est de faire cette introduction.

Quand on injecte dans les veines périphériques une solution alcoolique de naphtol, la précipitation se fait immédiatement, et l'animal meurt d'embolies capillaires du poumon.

Si l'on pratique l'injection par une veine intestinale, de manière que les cristaux trouvent dans le foie des capillaires qui les empêcheront d'arriver jusqu'aux poumons, on produit une suppression plus ou moins considérable de l'action du foie qui cesse de recevoir en totalité ou en partie le sang de la veine porte, et les phénomènes se compliquent des accidents graves que produit la ligature de la veine porte.

Enfin, en dissolvant le naphtol dans l'alcool et en diluant par la glycérine, puis en ajoutant le mélange à l'eau chaude, j'ai pu injecter, avant refroidissement complet, des solutions au millième et même au centième. Les premières secousses convulsives se produisent à partir du moment où l'animal a reçu 5 centigrammes de naphtol par kilogramme. La mort arrive à 8 centigrammes par kilogramme.

Dans le cours de ces essais de la toxicité du naphtol introduit à l'état de dissolution par la voie intra-veineuse, j'ai reconnu ce qui est établi déjà pour un si grand nombre de substances toxiques, surtout depuis les travaux de M. G.-H. Roger, que le foie diminue le toxicité du naphtol. Pour obtenir les mêmes effets physiologiques, il faut injecter dans la veine porte une fois et demie ce qu'on injecte dans les veines périphériques. Ce fait s'explique facilement, le naphtol s'éliminant par les urines, en partie à l'état de naphtol sulfo-conjugué, qui est fort peu toxique, et la combinaison sulfurée ayant lieu suivant toute vraisemblance, dans le foie.

Il restait à déterminer quels effets pourraient résulter de l'introduction, dans le tube digestif, du naphtol à l'état de dissolution.

Une solution de naphtol au 100e dans l'alcool, la glycérine et l'eau, en telles proportions que l'action toxique ne puisse être imputable ni à l'alcool, ni à la glycérine, produit les phénomènes de l'intoxication, tels que je les ai décrits plus haut, quand on a fait ingérer plus de 0 gr., 40 de naphtol par kilogramme, ce qui ferait 26 grammes pour un homme de 65 kilogrammes. On voit que si la totalité des 2 gr., 50 de naphtol, qui suffisent pour réaliser chez l'homme l'antisepsie intestinale, venaient à être dissous dans le tube digestif et absorbés, le sang ne recevrait encore que la dixième partie de ce qui est nécessaire pour produire l'empoisonnement.

Etant connus le pouvoir antiseptique du naphtol et son pouvoir toxique, on peut

maintenant le comparer aux autres antiseptiques insolubles. Cette comparaison ressort du tableau suivant :

	Dose antiseptique	Dose unique toxique	Dose quotidienne toxique
Iodoforme..........	1,27 pour 1,000	0 gr.,50	0 gr.,05
Iodol	2,75 —	2 17	1 24
Naphtaline	1,51 —	3 40	1 00
Naphtol B...........	0,40 —	3 80	1 10

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL TECHNIQUE DE MICROBIOLOGIE, par le docteur E. VAN ERMENGEN. Paris, G. Steinheil, 1887.

Notre littérature française n'est pas riche encore en livres consacrés à la technique microbiologique. Dans le *Traité des bactéries* de MM. Cornil et Babès, la technique n'occupe nécessairement qu'une place secondaire, les auteurs ayant dû consacrer la plus grande partie de l'ouvrage à la description et à la biologie des microbes et à l'anatomie pathologique des maladies microbiennes. Nous ne possédions, en somme, qu'un chapitre ajouté au manuel de microscopie de Bizzozero, par son traducteur Firket (de Liège), qui n'a traité que les applications cliniques de la bactériologie. Le manuel de de Grookshanck, que nous avons signalé il y a quelques mois, est principalement consacré à la description des procédés de Koch. Mais il a paru en Allemagne un livre remarquable, dont le succès est attesté par la vente de trois éditions en un an, celui de F. Hueppe (de Wiesbaden).

C'est une traduction française de ce traité intitulé : *Die methoden des Bakterien-Forschung*, que M. E. Van Ermengen (de Gand) vient de nous donner. Le traducteur est, on le sait, lui-même un microbiologiste très distingué qui, en ajoutant au texte de Hueppe les résultats de ses travaux personnels, a su en faire presque une œuvre nouvelle.

Le volume qui vient de paraître est consacré aux *méthodes générales* usitées en bactériologie; un second, qui sera publié ultérieurement, traitera des méthodes spéciales applicables aux recherches biologiques, chimiques, hygiéniques, etc., dont les micro-organismes peuvent être l'objet.

Le chapitre premier est destiné à rappeler comment les recherches de Pasteur ont ruiné la doctrine de la génération spontanée, en démontrant l'absence d'organismes dans les liquides organiques convenablement stérilisés, et comment les travaux de Koch nous ont mis en possession de méthodes sûres permettant d'obtenir une stérilisation absolue des substances animales ou végétales les plus altérables et de les conserver indéfiniment dans cet état.

Puis vient, dans le chapitre II, la description des formes des bactéries et des procédés techniques pour leur étude morphologique, exposé de diverses méthodes de coloration dans les liquides et dans les tissus, micro-photographie, essai de classification.

Le chapitre III contient les méthodes de culture dans les milieux liquides et solides avec un paragraphe spécial pour les cultures des anaérobies, fort difficiles, on le sait. Enfin, dans le chapitre IV, se trouve la démonstration du rôle des bactéries dans la fermentation et les maladies.

Cet ouvrage est enrichi de 76 dessins et de 2 belles planches en chromo-lithographie. Il va rendre de grands services aux étudiants et aux jeunes médecins de plus en plus nombreux qui s'initient à la bactériologie. — P. L. G.

LES SULFUREUX DANS LA TUBERCULOSE LARYNGÉE, par le docteur J. CHARAZAC (de Toulouse).

Au Congrès international des sciences médicales de Copenhague, M. le docteur Moure s'était déjà élevé contre l'emploi des eaux sulfureuses dans la tuberculose laryngée. M. le docteur Charazac a repris la question, et, s'appuyant sur les effets physiologiques reconnus aux eaux sulfureuses et aux sulfureux en général, sur l'autorité d'au-

teurs très compétents et enfin sur des faits nombreux et rigoureusement observés, il conclut que les eaux sulfureuses doivent être proscrites dans le traitement de la tuberculose de l'organe vocal.

Il est généralement admis que les sulfureux ont une action excitante et congestive, action qui se manifeste surtout sur les voies respiratoires et en particulier sur le larynx. Etant donnée cette action congestive des sulfureux, doit-on les prescrire dans la tuberculose du larynx? Non, dit l'auteur, car il ne peut être utile dans les cas de ce genre de produire une poussée inflammatoire qui amène souvent une éclosion nouvelle de tubercules.

Quand on examine la gorge d'un malade atteint de phthisie laryngée, on est tout d'abord frappé de la pâleur de la muqueuse. Le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx sont le plus souvent d'un blanc mat. Cette pâleur caractéristique tranche sur l'aspect des parties ulcérées qui sont plus ou moins congestionnées. Cette anémie, quand on donne des sulfureux, fait place à une congestion marquée de l'organe, congestion facile à constater au laryngoscope (l'auteur en rapporte plusieurs observations), et, si l'on en continue l'usage, on voit souvent apparaître une poussée nouvelle de tubercules, et la tuberculose laryngée chronique se transforme en tuberculose miliaire aiguë.

Hering (de Varsovie), Baginski, Baratoux et bon nombre d'auteurs sont hostiles à l'emploi des sulfureux dans la tuberculose du larynx. Mais, s'il est une autorité que l'on doive citer, c'est bien celle de Pidoux. L'auteur termine son travail en rapportant cette phrase du célèbre médecin des Eaux-Bonnes : « Les eaux sulfureuses sont toujours vaines ou nuisibles dans la vraie phthisie laryngée. (*Revue médicale de Toulouse,* 1er et 15 sept. 1887.)

REVUE DES JOURNAUX

Revue internationale des falsifications des denrées alimentaires, première année, 1re livraison — Allert de Lange, éditeur, Amsterdam; J.-B. Baillière, Paris. — Nous recevons avec plaisir la première livraison d'une Revue qui, selon nous, doit être encouragée. Par ce temps de fraude et de mauvaise foi, un journal qui s'occupe des falsifications des denrées alimentaires, les dévoile et étudie les moyens de les réprimer, est une œuvre utile et dont nous devons désirer le succès.

Cette Revue, publiée à Amsterdam, a pour rédacteur en chef M. le docteur P.-F. van Hamel Roos. Elle a des collaborateurs et des correspondants un peu partout; ceux que la France lui fournit sont MM. Berthelot, Brouardel, Girard, Houzeau.

La rédaction se propose, « si les circonstances le permettent, et surtout si la Revue est suffisamment soutenue », de publier ses articles en trois langues (français, allemand, et anglais). A titre d'essai, on trouve, dans les pages que nous avons sous les yeux, quelques articles en deux langues. Espérons que les circonstances permettront de continuer ce système, qui nous paraît très heureux.

Voici, pour donner une idée de la Revue, le sommaire de sa première livraison :

Mesures oppressives contre la falsification des denrées alimentaires dans les divers pays. — Quelques renseignements sur les mesures contre les falsifications alimentaires en Espagne, par M. le docteur A.-F. Caro, membre de l'Académie royale de médecine de Madrid. Renseignements sur l'Inspection municipale des denrées alimentaires, à Amsterdam.

Mesures internationales contre les falsifications des denrées alimentaires. Conclusions présentées au VIe Congrès d'hygiène et de démographie à Vienne, par MM. Caro, Hilger et van Hamel Roos.

Méthodes scientifiques pour l'analyse des denrées alimentaires. — Communications relatives aux peptones du commerce, par M. le professeur docteur J. König, directeur de la station agronomique à Münster.

Falsifications observées dans les différents pays. — Produits servant à être substitués aux épices. La falsification de la farine par l'alun en Belgique. Falsification curieuse du macis. Coloration artificielle du lait. Définition de « Falsification » et Propositions d'une

entente internationale sur quelques matières entrant dans la composition des denrées alimentaires, par M. le docteur T.-F. Hanausek, professeur à Vienne.

Supplément voué à l'hygiène et à l'industrie. — Le combat contre la charlatannerie en Hollande, par M. le docteur Vitus Bruinsma.

Recherches sur les effets physiologiques de l'acétate de nickel, et l'emploi de ce métal pour les ustensiles de cuisine, par M. le docteur P.-F. van Hamel Roos.

L'Exposition des denrées alimentaires à Amsterdam.

JOURNAUX RUSSES

Contribution à l'étude du traitement du trachome, par Tschepkine. — Parmi les maladies des yeux, le trachome est une des plus importantes aussi bien à cause de sa fréquence que de sa guérison difficile et de ses conséquences fâcheuses pour la vue.

Tous les moyens employés jusqu'à ce jour n'ont donné que des résultats incomplets. Les granulations ne sont pas aussi superficielles qu'on pourrait le croire de prime abord. La médication pour être efficace doit atteindre pour ainsi dire la racine du mal. C'est dans ce but précisément que les expériences entreprises par M. Tschepkine présentent un intérêt réel.

L'auteur, à l'aide d'une seringue de Pravaz, injecta, dans sept cas d'ophthalmie granuleuse, une solution d'acide phénique au 2 p. 100 directement sous la conjonctive palpébrale et dans tous les cas il obtint des résultats très satisfaisants; dans les sept cas les granulations disparurent complètement après deux ou trois injections.

Le manuel opératoire est fort simple. Un aide attire la paupière en bas pendant que l'opérateur fixe la conjonctive avec des pinces dont on se sert pour fixer la sclérotique, et au niveau du point fixe recouvert de granulations, on enfonce la pointe de l'aiguille et on y fait passer deux ou trois gouttes de la solution, on retire rapidement l'aiguille. Il faut injecter dans les couches les plus profondes de la conjonctive et c'est là le point le plus important.

L'opération est certainement douloureuse, mais à l'aide de la cocaïne on rend cette opération absolument indolore.

Après l'injection, on observe un léger larmoiement, la conjonctive devient un peu rouge, phénomènes qui d'ailleurs disparaissentau bout de dix à quinze minutes, mais on n'observe ni douleur ni photophobie. (*Wratch*, 1886). — W.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance comprend :

Un travail de M. Cavaillon (de Carpentras) ayant pour titre : *Variole et antisepsie, la médecine et l'art de soigner les malades.*

Présentations :

M. Charcot présente : 1° Un ouvrage de M. le professeur Pitres, ayant pour titre : *Des anesthésies hystériques ;*

2° Une brochure de M. Carlos Tavares sur *le nerf intermédiaire de Wrisberg.*

M. Bouchard offre, de la part de M. Yvon, la 3e édition du *Manuel clinique de l'analyse des urines.*

M. Ricord présente un volume ayant pour titre : *Leçons de clinique chirurgicale,* par M. Péan.

M. Blanche lit les conclusions adoptées par la commission chargée de l'examen des mémoires déposés par les candidats au *Prix Lefèvre.*

M. Cornil présente le *Traité d'histologie pathologique de Rindfleisch*, traduit par MM. Gross et Schmitt, de la Faculté de Nancy.

M. A. Gautier dépose sur le bureau de l'Académie un travail de M. Calmettes, sur *les composés tartriques du vin, nouveau procédé de vinification.*

M. Labbé présente le *Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne,* par M. Morell-Mackensie; traduction de MM. Moure et Charazac.

Il donne ensuite lecture de l'éloge de Velpeau, qu'il a prononcé au nom de l'Académie lors de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Velpeau, Trousseau et Bretonneau.

Adéno-phlegmon juxta-pubien.

M. Alph. Guérin se félicite d'avoir vu argumenter par M. Hervieux le travail dans lequel, il y a quelques mois, il s'efforçait de prouver que l'existence du phlegmon du ligament large est loin d'être démontrée. Il est convaincu que tous les signes qui lui ont été attribués appartiennent à un phlegmon qui, se développant le long des parois du vagin, s'étend du voisinage du col de l'utérus jusqu'au pubis; son siège est dans les vaisseaux lymphatiques qui, venant du col utérin, se rendent dans les ganglions placés derrière la branche horizontale du pubis. M. Alph. Guérin s'attache alors à réfuter tour à tour les divers arguments apportés par M. Hervieux à l'appui de sa thèse. Celui-ci reproche surtout à son adversaire « de n'avoir pas vu, cadavériquement parlant, un seul « cas de phlegmon du ligament large », et s'il en a vu, au point de vue clinique de les avoir méconnus. M. Guérin répond que trente années d'études et d'observations sur les maladies des organes pelviens de la femme lui ont permis d'étudier suffisamment cette question pour savoir à quoi s'en tenir sur ce que l'on décrit sous le nom de phlegmon des ligaments larges. Il est souvent difficile, il est vrai, de dire à quelle lésion se rapporte la tumeur que l'on constate au voisinage de l'utérus. Mais quand on constate la présence d'un plastron contre la branche horizontale du pubis et la coïncidence des phénomènes qui l'accompagnent toujours, il est aisé de diagnostiquer un phlegmon du ligament large. Or, M. Hervieux appelle phlegmon toute collection purulente, quelle que soit son étendue en longueur et en épaisseur. M. Guérin reprend une à une les principales observations citées par son collègue. Dans toutes, il s'agit d'infection purulente ou de phlébite septique; dans toutes, il est question d'une affection qui n'offre aucun des symptômes que l'on décrit habituellement sous le nom de phlegmon des ligaments larges; car il ne suffit pas qu'il y ait une simple infiltration de pus dans ces ligaments pour constituer cette maladie, il faut tout un ensemble symptomatique qui n'existe dans aucune des observations de M. Hervieux.

Aussi M. A. Guérin croit-il pouvoir conclure que non seulement il a démontré l'existence de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, mais que l'existence du phlegmon du ligament large doit être niée tant qu'une autopsie récente n'aura pas donné la preuve de sa réalité. Jusqu'à preuve du contraire, il croit que le pus que l'on a trouvé sous les feuillets séreux des ligaments larges n'était que la conséquence d'une péritonite plus ou moins généralisée. Quand le péritoine suppure, pourquoi ne suppurerait-il pas au niveau des ligaments larges? Ce n'est pas là ce qu'on a décrit sous le nom de plegmon. Le phlegmon du ligament large a toujours été considéré comme une tumeur venant s'appliquer contre la branche horizontale du pubis, et dans les observations que l'on a apportées on ne voit rien de semblable.

M. Hervieux n'étant pas là au début de la communication de M. A. Guérin ne peut juger que les arguments apportés par lui dans la dernière partie de son travail. Il est heureux de voir avec quel soin M. Guérin a disséqué ses observations, mais il constate que son contradicteur n'a répondu par aucun argument sérieux aux graves objections qu'il avait faites à sa théorie dans sa précédente communication. Il lui répondra d'ailleurs dans la prochaine séance.

M. Guérin affirme que, de toutes les assertions de son adversaire, il ne reste absolument rien après l'examen minutieux qu'il vient d'en faire.

Au cours de la séance, M, LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Riembaud (de Saint-Etienne), membre correspondant de l'Académie.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

FORMULAIRE

COLLYRE CONTRE LA KÉRATITE ULCÉREUSE.

Chlorhydrate de cocaïne	ãã 0 gr. 05 centigr.
Sulfate d'atropine	
Eau distillée	5 grammes.

Faites dissoudre. — Une à deux gouttes, toutes les deux heures, dans le cas de kératite ulcéreuse avec chémosis, lorsqu'elle s'accompagne de tension intra-oculaire considérable, de fièvre et de douleurs lancinantes. On prescrit, en outre, en face de l'œil malade, des vaporisations d'eau chaude. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NÉCROLOGIE. — Est mort le docteur Bernard Kraus, rédacteur en chef de la *Allgemeine Wiener medicinische Zeitung.*

COURRIER

FACULTÉ DE LYON. — La séance de rentrée solennelle des Facultés de droit, de médecine, des sciences et des lettres, a eu lieu le 3 novembre dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Après le discours de rentrée prononcé par M. André, professeur à la Faculté des sciences, les noms des divers lauréats ont été proclamés.

Ce sont, pour la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Médecine. — Première année : Prix : M. Mouillade ; mention honorable : M. Bourdin. — Deuxième année : pas de prix ; mentions : MM. Lucy et Malafosse. — Troisième année : prix : M. Gaudier. — Quatrième année : prix : M. Audry.

Pharmacie. — Première année : prix : M. Moreau ; première mention : M. Bourcet ; deuxième mention : M. Defretière. — Deuxième année : M. Ducher.

Prix des thèses : Médailles d'argent : MM. Didelot et Guérin. — Médailles de bronze : MM. Bernard, Garand et Manin ; mentions honorables : MM. Assada, Chevalier, Couturier, Crozat, Duzéa, Laffage, Phélip, Porteret, Rochet et Roque.

NOMINATION D'UN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Nous nous associons pleinement aux réflexions suivantes, faites par le *Bulletin médical* :

On nous annonce que la nomination d'un secrétaire général de l'Assistance publique, en remplacement de M. Barbier, décédé, est imminente, et que parmi les candidats proposés pour ces importantes fonctions, M. Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière, aurait les plus grandes chances d'être choisi.

Cette nomination serait certainement accueillie avec la plus vive satisfaction par le corps médical des hôpitaux, qui, pendant la carrière administrative de M. Gallet, a pu apprécier sa haute compétence, son esprit d'initiative et sa parfaite urbanité.

Le choix de M. Gallet serait justifié, non seulement par une longue pratique des questions qui relèvent de la fonction vacante, mais encore par ses travaux antérieurs sur l'Assistance publique. On sait que son livre « *Un grand hôpital parisien en* 1886 » renferme nombre d'idées neuves et ingénieuses sur la plupart des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des hôpitaux, qui ont été agitées dans ces dernieres années.

Ajoutons — et ceci ne gâte rien — que M. Gallet est, à ses heures perdues, un littérateur distingué.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bassereau (de Paris); de M. Bertrand, ancien directeur de l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

— L'ouverture du cours de chimie médicale de M. le professeur Gautier est reportée du mardi 8 novembre, à une heure de l'après-midi, au jeudi 10 du même mois et à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — M. le docteur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 11 novembre, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le vendredi 11 novembre 1887, à cinq heures de l'après-midi, à la Faculté (Grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure (à la Faculté), les mercredis à l'École pratique, à une heure et demie, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'École-de-Médecine, au deuxième étage).

M. le professeur Cornil fait des autopsies tous les jours (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — Consulter à ce sujet l'affiche concernant la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera, à l'Ecole pratique, son cours sur les affections de l'urèthre et de la prostate le vendredi 11 novembre, à cinq heures; il le continuera les lundis et vendredis suivants.

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne, le samedi 12 novembre 1887, à trois heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons, sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 14 novembre à une heure. — Examen des malades tous les lundis à la même heure.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 14 novembre, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — M. le docteur Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à huit heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Un nouveau cours commencera le lundi 14 novembre. — S'adreser pour renseignements et pour s'inscrire, au docteur Fournel, rue de la Michodière, 20, ou au concierge du cours.

— Le mardi, 13 décembre 1887, à une heure, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, en 53 lots, des fournitures de *substances pharmaceutiques* et *produits chimiques* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1888.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés de onze heures à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 12 novembre 1887. — *Ordre du jour* : 1. M. Bouloumié : Traitement des glycosuries et diabètes. — 2. M. Larroque : Plaies de l'intestin; sutures simples; guérison. — 3. M. Trousseau : Un cas d'érythème iodoformique. — 4. M. Antonin Martin : Épi de blé sorti de la poitrine d'un enfant.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

A l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, nous ne pouvons signaler que des fragments de discussions qui se termineront dans un temps plus ou moins rapproché.

L'adéno-phlegmon juxta-pubien existe-t-il? M. le docteur Poirier qui, dans ses préparations des lymphatiques utérins, pour son récent concours de chef des travaux anatomiques, n'a pas trouvé le ganglion juxta-pubien, pourrait répondre que non. Néanmoins, à l'Académie, M. Alph. Guérin soutient de nouveau sa théorie de l'adéno-phlegmon juxta-pubien, attaquée par M. Hervieux, et à son tour s'efforce de démontrer que le phlegmon du ligament large décrit par M. Hervieux n'existe pas. M. Hervieux promet de démontrer dans la prochaine séance qu'attaquer n'est pas se justifier et que M. Guérin n'a réfuté aucune des objections qui lui avaient été faites.

A la Société de chirurgie, un rapport de M. Richelot sur une observation d'hydrocèle congénitale présentée par M. Le Bec a soulevé d'intéressantes questions de pratique. A ce propos, M. Richelot a fait voir les analogies qui existaient entre l'hydrocèle congénitale et la hernie congénitale, la première pouvant être et étant souvent le point de départ de la seconde; comme conséquence pratique, il a développé l'idée de traiter l'hydrocèle congénitale comme une hernie et de lui appliquer le traitement par la cure radicale.

La question ainsi posée nettement par M. Richelot, puis par M. Terrillon, qui a ajouté trois observations aux huit de M. Richelot, ne s'est pas maintenue dans cette voie. Par un processus bien connu dans les discussion, celle-ci n'a pas tardé à dévier et à donner en plein dans la question de la cure radicale des hernies, dans le procédé technique, ses divers temps et leur difficulté. Mais on ne peut s'en plaindre, puisque cela nous permet de voir à l'ordre du jour de la Société, pour quelque temps encore, ces intéressantes questions.

Signalons encore, dans la précédente séance de la Société de chirurgie, la démonstration, par MM. Charvot, Chauvel, Le Dentu et Terrillon, de l'existence de l'orchite paludéenne, affection que M. Le Dentu considère comme une lymphangite intra-testiculaire.

Aurions-nous enfin un antiseptique parfait, répondant à toutes les exigences de la chirurgie, et n'ayant aucun inconvénient à son passif? Oui, d'après M. Heckel, qui, communiquant à l'Académie des sciences le résultat d'expériences faites à l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, a trouvé que le sulfi-benzoate de soude, employé dans le pansement des plaies, n'aurait aucun des inconvénients que l'on rencontre parfois avec d'autres médicaments servant au même usage. Mais, comme il faut qu'une expérience plus étendue confirme cette donnée, nous attendons d'autres résultats avant de nous prononcer.

L'administration de l'Assistance publique vient de réunir une commission chargée de reviser les règlements du concours pour le Bureau central. Cette revision aurait surtout pour but d'abréger la durée du concours, rendu de plus en plus long par l'augmentation progressive du nombre des candidats.

Parmi les questions discutées dans cette réunion, et qui auraient chance d'être adoptées, serait celle de la réduction des épreuves d'admissibilité. On rendrait tellement difficile la question écrite, que le nombre des candidats diminuerait *ipso facto*, quelques-uns se retireraient sans l'avoir traitée, d'autres sans la lire, d'autres enfin seraient éliminés par le jury après la lecture. Il ne resterait plus alors que la moitié des candidats inscrits. — L.-H. P.

Le premier cas d'actinomycosis observé à Naples,

Par le docteur G. Von Sommer (1).

Histoire clinique. — Dans la première moitié de novembre 1885, je fus appelé à donner mes soins à Mme Silvia C..., malade depuis plusieurs mois. Elle était extraordinairement amaigrie, et dans une grande prostration morale et physique, compliquée d'une excitabilité nerveuse extrême.

Toute la mamelle droite est transformée en une masse fongueuse de forme hémisphérique, qui mesure 12 centimètres dans le sens vertical et 15 dans le sens horizontal. Cette masse ne présente pas l'aspect granuleux des autres productions ulcératives semblables, mais sa surface, d'une coloration rouge et livide en certains points, nous frappe par son poli, et par l'existence de taches nombreuses et de stries d'une coloration rouge plus vive. Cette surface sécrète peu, et la plus grande partie de la sécrétion est fournie par un certain nombre d'orifices et d'anfractuosités. La tumeur est privée de peau dans sa plus grande partie, et les quelques lambeaux cutanés qui persistent sont très minces et ont une coloration bleue livide. Toute cette masse est traversée sur des trajets fistuleux. On note plusieurs fistules semblables à quelques centimètres au-dessous de la clavicule, sur toute l'étendue du sternum, le long des côtes et dans le creux axillaire, où l'on ne remarque pas cependant de ganglions engorgés.

Une sonde introduite dans un de ces trajets a pénétré à 6 centimètres. En faisant exécuter à la malade des mouvements forcés d'expiration, il n'y avait pas d'expulsion de l'air par les ouvertures fistuleuses. Le fait se produisit cependant un jour pendant un violent accès de toux. Pas de différence sensible des deux côtés du thorax. La respiration était costale supérieure et fréquente (40 à la minute).

L'auscultation du poumon droit révèle une respiration normale, affaiblie au sommet. Suppression du murmure vésiculaire à la base, ainsi que des vibrations vocales. Dans les points correspondants, matité absolue à la percussion, se continuant avec la matité hépatique. En avant, par suite de la présence de la tumeur et de sa sensibilité, examen impossible. A gauche, rien d'anormal.

Les renseignements nous apprennent que la malade est âgée de 32 ans; ses parents et trois sœurs se portent bien. Elle-même n'a jamais eu d'autres maladies que la rougeole, la scarlatine et la varicelle.

Elle s'est mariée il y a cinq ans, et l'année suivante a donné le jour à un enfant actuellement vivant et bien portant. Dans les premiers jours du mois de juin 1884, étant alors enceinte de trois mois, elle fut prise d'un catarrhe avec toux qui dura un mois; étant allée à la campagne, elle se rétablit dans l'espace d'un autre mois, conservant cependant une petite toux sèche. On m'a rapporté que, pendant ce temps, elle couchait avec une parente hémoptysique, qui fut atteinte par la suite de phthisie. Vers le milieu du

(1) Traduit et analysé de la *Rivista internazionale di med. e chirurg.*, fév. et mars 1887.

mois de septembre 1884, elle fut subitement prise d'une forte douleur à l'épaule droite, accompagnée d'un léger essoufflement en montant les escaliers. Cette douleur ne fit que s'exaspérer et fut rebelle à tous les traitements.

A la fin d'octobre, il survint une fièvre qui oscillait entre 38°5 et 39°5; le 3 novembre, la malade prenait le lit et, le 9, elle faisait une fausse couche. On avait diagnostiqué une pleurésie avec épanchement. Le 15 décembre, un excellent clinicien déclare qu'elle a une broncho-pneumonie grave à droite, et ordonne l'air des solfatares, où la malade se transporte le 24 décembre 1884. Au bout d'un mois, la fièvre avait diminué; les sueurs avaient disparu; l'expectoration et la toux avaient diminué notablement. La douleur de l'épaule était devenue très tolérable; mais il était survenu une douleur presque continuelle le long des côtes, et il persistait un état fébrile léger variant de 37°5 à 38.

A la fin de février 1885, la fièvre était à 39°, avec exacerbation de douleur et expectoration rare; il y eut une seule fois une hémoptysie très modérée. Dans les premiers jours de mai, d'après le récit de la malade, à la suite d'applications répétées de vésicatoires dans la région sous-claviculaire, apparut une tuméfaction de la partie supérieure et externe de la mamelle droite, où se développa lentement un abcès, qui fut incisé le 24 juin. Les progrès du mal obligèrent à faire quatre contre-ouvertures et à appliquer le drainage. Au commencement de septembre, il survint des frissons suivis de fièvre élevée et de diarrhée. La malade commença alors à dépérir rapidement. L'affection mammaire gagna certainement en s'étendant vers la périphérie. Les lambeaux de peau allèrent en se fondant pour ainsi dire, et les ouvertures fistuleuses se réunirent en une vaste solution de continuité; de sorte qu'il ne resta plus qu'une vaste surface couverte de granulations molles, qui de la clavicule s'étendait au rebord des côtes et du bord gauche du sternum jusque dans l'aisselle... La malade, réduite à un degré de consomption extrême, par intolérance absolue de la nourriture et diarrhée profuse, aggravées encore par l'ascite et la dyspnée, succomba le 15 février 1886.

Le pus très abondant, sécrété par cette vaste surface, fut toujours fluide, d'une coloration grisâtre opalescente, et contenait d'abondantes granulations gris verdâtre, dont les plus volumineuses étaient de la grosseur d'un petit grain de semouille.

L'expectoration fut généralement très rare, très transparente, filante, adhérant fortement aux parois du vase. En l'examinant par transparence, on a noté de petites stries et des flocons plus opaques contenant des granulations plus petites que celles trouvées dans le pus de couleur blanc ou blanc jaunâtre.

Examen anatomique. — Outre les lésions mammaires, on observe dans la cavité abdominale un énorme épanchement ascitique. Les muscles pectoraux sont presque entièrement détruits; les deuxième, troisième et quatrième côtes sont presque tout à fait dénudées. Il existe une sorte de dissection des muscles intercostaux qui réunissent la troisième et la quatrième côtes. Entre la cinquième et la sixième, on pénètre dans la cavité thoracique par des ouvertures fistuleuses multiples. Au milieu du pus et des débris du foyer ulcéreux, on note des amas de granulations caractéristiques, et dans les points où les tissus sont moins ramollis, on observe dans leur épaisseur de très petits grains actinomycosiques.

En ouvrant la cavité de la poitrine, on observe une adhérence complète du poumon droit à la paroi thoracique.

Le péricarde est solidement uni au diaphragme, auquel adhère très fortement aussi la base du poumon droit, de manière à former une seule masse calleuse... Le poumon gauche est presque entièrement atélectasié et fortement œdémateux.

Examen microscopique. — Au moyen de procédés appropriés on a pu mettre en évidence de très beaux filaments renflés en massue.

Sur des coupes du poumon dans les points où il adhérait fortement à la paroi thoracique, on note la présence de petits foyers de suppuration au milieu d'un tissu fortement sclérosé. Dans ces cavités sinueuses, on observe les actinomycosis avec leur forme et leur disposition particulière. Dans les tissus mous de la paroi thoracique, en grande partie détruits par la suppuration, leur présence est beaucoup plus rare... En définitive, l'autopsie, comme la symptomatologie, nous révèlent une actinomycosis

ayant débuté par le poumon et ayant envahi successivement les parties contiguës. Manifestement, le processus du parenchyme pulmonaire s'est propagé à la plèvre, qu'il a irritée.

Je crois que l'on peut affirmer que, dès les premiers symptômes de l'affection bronchique, il s'agissait d'*actinomycosis*, et que tout le processus morbide, quoique très lent au début, est dû au développement progressif de cette infection. La maladie, en effet, a une marche lente et insidieuse, telle qu'elle reste exclusivement localisée au poumon ; elle acquiert un développement beaucoup plus rapide lorsqu'elle envahit les autres tissus.

En terminant, on peut faire une remarque intéressante au point de vue de l'étiologie : c'est que la malade avait l'habitude de séjourner parmi les bœufs et faisait grand usage d'herbages crus.

L. Greffier.

Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopiésiques de l'oreille (1).

Par le docteur Boucheron.

Nombre d'auteurs déjà ont observé que les affections de l'oreille retentissent sur les centres nerveux pour produire à distance des troubles nerveux multiples : vertiges, convulsions, épilepsie, depression mentale, folie même, etc.

Ce sont naturellement les lésions relativement grossières de l'oreille qui ont été le plus souvent signalées parce qu'une otorrhée, une suppuration de l'apophyse mastoïde, une carie du rocher, une perforation de la membrane tympanique, des cicatrices vicieuses de la caisse tympanique, un bouchon cérumineux, un corps étranger, un traumatisme de l'oreille, etc., sont faciles à reconnaître.

Mais les affections nerveuses irradiées, dont le point de départ est une pareille lésion de l'oreille, ne sont pas toujours faciles à modifier. Car la lésion auriculaire est souvent elle-même irréductible.

M. Boucheron a porté, au contraire, ses recherches sur les affections nerveuses irradiées procédant des affections de l'oreille à lésions moins grossières, en particulier, sur les affections otopiésiques par obstruction de la trompe d'Eustache où la pression atmosphérique sans contrepoids (par suite du vide de la caisse tympanique) produit une excitation du labyrinthe et du nerf acoustique par compression, — otopiésis.

Dans ces cas, le nerf acoustique excité peut transmettre son excitation aux diverses parties des centres nerveux et produire, selon les sujets et selon leur prédisposition, des effets irradiés divers.

Ainsi transmise : 1° au bulbe et à la moelle, cette excitation produit de l'épilepsie, de la pseudo-méningite ou des convulsions variées sans caractère spécial ; 2° du côté du cervelet, elle produit des troubles de l'équilibration, vertiges, chute, rotation ; 3° arrivée jusqu'au cerveau et à l'écorce cérébrale, l'irradiation produit des troubles mentaux légers ou graves ayant un caractère commun de dépression.

Les troubles mentaux légers sont la perte ou la diminution de la mémoire, de l'esprit de suite, de la réflexion, de la vivacité de conception, diminution de l'affection pour ses proches ; des idées de tristesse, de suspicion, de défiance, de persécution, de l'hypochondrie.

Les troubles mentaux graves peuvent s'élever jusqu'à la folie mélancolique aiguë avec délires, hallucinations et illusions de l'ouïe, perte de connaissance, etc.

Dans un cas de ce genre, mélancolie aiguë récente, cité par M. Boucheron, où une diminution de l'audition et des troubles de l'équilibration permettent de reconnaître l'affection auriculaire otopiésique, les insufflations d'air dans la caisse tympanique firent cesser immédiatement la crise de folie mélancolique qui était symptomatique de l'affection de l'oreille. De même que le traitement de l'oreille fait cesser les troubles

(1) Communication faite à l'Académie des sciences le 24 octobre 1887.

mentaux dépressifs moindres, et met fin aux séries de crises d'épilepsie également symptomatiques de l'otopiésis.

L'intérêt de ces faits est que, l'affection causale auriculaire étant relativement facile à modifier, les affections mentales ou nerveuses irradiées peuvent aussi assez facilement être améliorées.

C'est la contre-partie des notions plus étudiées des affections méningo-encéphaliques et myéliques avec lésions propagées vers le nerf acoustique et le labyrinthe.

BIBLIOTHÈQUE

Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire, par le docteur D. Sanchez-Toledo. — Paris, 1887.

Dans une importante leçon clinique faite à l'hôpital des Enfants-Malades, M. le professeur Grancher a fait connaître deux cas d'adénite axillaire coïncidant avec une tuberculose pnlmonaire. M. Sanchez-Toledo, son élève et son parent, a poursuivi sur ce sujet de très intéressantes recherches.

Tout en se proposant comme but principal de déterminer la nature des rapports qui relient l'adénopathie axillaire et l'affection pulmonaire quand on les rencontre simultanément, l'auteur a dû aborder plusieurs des gros problèmes que soulèvent les rapports de la scrofule et de la tuberculose, la diffusion du virus tuberculeux dans l'économie; il a pris soin de se livrer à des investigations anatomiques pour élucider les voies de communication entre les ganglions axillaires et ceux du thorax, et de faire appel à l'expérimentation sur les animaux pour compléter les données de l'anatomie.

C'est donc une suite d'études personnelles, longues et minutieuses, que M. Sanchez a condensées en cette monographie élégamment écrite et luxueusement éditée.

Les conclusions auxquelles l'auteur aboutit sont les suivantes :

L'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle paraît être liée, quelquefois, à la tuberculose pleuro-pulmonaire, et, chaque fois qu'on l'observe, on doit surveiller de très près le poumon.

L'adénopathie axillaire peut être isolée ou associée aux adénopathies sus-claviculaires, cervicales et trachéo-bronchiques. L'ordre de succession de ces lésions varie selon les cas, et il en résulte trois types cliniques principaux.

Dans le premier, l'adénite axillaire paraît isolée, elle est liée cependant à une tuberculose pleuro-pulmonaire apparente ou méconnue.

Dans le deuxième type, l'adénite axillaire succède à l'adénopathie trachéo-bronchique et sus-claviculaire, qui sont elles-mêmes la conséquence d'une tuberculose pleuro-pulmonaire apparente et facile à diagnostiquer.

Dans le troisième type, l'adénopathie axillaire succède à l'adénopathie sous-maxillaire, cervicale. et sus-claviculaire, et précède ou accompagne le développement de la tuberculose pleuro-pulmonaire (phthisie scrofuleuse des anciens).

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles se montre l'adénopathie axillaire, elle doit toujours éveiller l'idée d'une tuberculose pulmonaire, et le médecin a le devoir strict, en présence d'une adénopathie axillaire, de rechercher la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Dans le chapitre consacré aux rapports de la tuberculose et de la scrofule, M. Sanchez montre la part importante qui revient aux travaux de son maître, M. Grancher, dans les progrès de cette question si délicate, et il conclut avec lui que les affections généralement considérées comme scrofuleuses ne sont que des tuberculoses locales, mais des tuberculoses atténuées. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Micro-organismes de la varicelle. — Dans un premier cas de varicelle, les cultures de la sérosité contenue dans les vésicules, cultures faites sur l'agar-agar, à 37°,

ont révélé trois espèces de micro-organismes; ce sont tous les trois des staphylococci, ronds, réunis en groupes.

Ce sont :

1° Le staphylococcus pyogenes aureus de Rosenbach;

2° Un staphylococcus viridis florescens dont les colonies jaune verdâtre ne liquéfient pas la gélatine;

3° Un staphylococcus blanc, à cultures d'aspect nacré.

Dans un second cas de varicelle, l'auteur (Guttmann, de Berlin, *Arch. f. path. Anat.*, février 1887) a trouvé deux espèces microbiennes.

Dans un troisième cas, il a retrouvé le staphylococcus nacré et un autre qu'il n'a pu isoler.

M. Guttmann pense que ces microbes ont une part importante dans la production des lésions locales de la varicelle. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 octobre.

Note sur les veines du pharynx, par MM. Bimar et Lapeyre. — En formule anatomique générale, les descriptions des veines du pharynx adoptées par les différents auteurs peuvent se résumer de la manière suivante :

« Il existe sur les parties postérieure et latérales du pharynx un plexus à mailles très inégales, ayant pour principaux vaisseaux efférents les veines pharyngiennes, qui se jettent dans les jugulaires internes, et communiquant, supérieurement, avec les veines ptérygo-palatines, vidiennes et méningées postérieures. Ce plexus est l'aboutissant de nombreuses veines qui proviennent des muscles et surtout de la tunique muqueuse du pharynx, au-dessous de laquelle elles forment un réseau (réseau sous-muqueux).

Cette description serait incomplète en ce qui concerne, notamment, le réseau sous-muqueux. Il résulte, en effet, des recherches de MM. Bimar et Lapeyre que ce réseau présente, au niveau de la partie inférieure de la paroi postérieure du pharynx, une disposition plexiforme très remarquable, véritable *plexus profond* ou sous-muqueux, non décrit par les auteurs et signalé seulement par Cruveilhier. (*Anat. descript.*, t. III, p. 200

Ils ont trouvé ce plexus sur tous les cadavres qu'ils ont examinés, une dizaine de sujets d'âges divers, enfants, adultes et vieillards.

Ce plexus appartient à la portion inférieure ou laryngienne du pharynx, dont il occupe la paroi postérieure. Il est compris entre la muqueuse, en avant, et le musle constricteur inférieur, en arrière; l'angle inférieur du constricteur moyen le recouvre partiellement.

Sa forme est celle d'un disque ovalaire à grosse extrémité supérieure, aplati d'avant en arrière et à contours irréguliers.

Il mesure environ 0m,03 dans le sens longitudinal et 0m,025 dans le sens transversal; son épaisseur est de 0m,004 à 0m,005 en moyenne. Il présente un développement variable suivant les sujets. On n'observe pas que, conformément à ce qui existe pour le système veineux en général, ce plexus présente son maximum de développement chez les vieillards. On a trouvé, au contraire, un plexus proportionnellement très développé sur un petit enfant de six mois.

Le plexus est formé par l'agglomération d'un grand nombre de veines serrées les unes contre les autres et fréquemment anastomosées. Ces vaisseaux ont un calibre qui varie entre 0m,001 et 0m003. Dans un cas, ils étaient variqueux et présentaient même de petites dilatations ampulliformes, disposition qui doit être regardée comme pathologique.

Ce plexus communique avec le plexus pharyngien superficiel par plusieurs veines ou groupes de veines, qui cheminent sous le muscle constricteur inférieur et perforent

ensuite ce muscle en traversant de véritables boutonnières. Les groupes suivants ont paru à peu près constants : 1° un premier groupe naît de la partie supérieure, se dirige en haut, en suivant la ligne médiane et se jette, par une ou deux veines assez volumineuses, dans la partie médiane du plexus superficiel; 2° un second groupe, provenant des côtés du plexus profond, se dirige en haut et en dehors, parallèlement au bord postérieur du cartilage thyroïde, et gagne les parties latérales du plexus superficiel, où il va former une des origines de la veine pharyngienne; 3° un dernier groupe, né également des parties latérales du plexus profond, se porte en dehors, vers le corps thyroïde, et s'abouche avec des rameaux de la veine thyroïdienne supérieure.

Enfin, en bas, le plexus communique avec le réseau veineux sous-muqueux de l'œsophage.

Non identité du cysticerque ladrique et du tænia solium. — M. Gavoy, en examinant l'image fournie par la projection solaire des proboscides des cysticerques trouvés sur le cerveau d'un homme mort à l'hôpital de Limoges après deux ans de maladie, a pu constater qu'elle était entièrement semblable à celle que donne le scolex de deux tænias solium rendus par des hommes jeunes à l'hôpital militaire, c'est-à-dire l'identité parfaite de ces deux scolex.

Mais, d'autre part, en comparant avec celle que l'on obtient avec le scolex d'un cysticerque ladrique, M. Gavoy a remarqué que cette dernière différait des précédentes par les dimensions plus fortes des grands et des petits crochets, par la forme plus droite de la griffe et la longueur plus grande du manche, par l'absence complète de grains de pigment noir au niveau des apophyses articulaires et sur les ventouses.

A cette dissemblance, si l'on ajoute la remarque que les Juifs, en Russie et en Orient, et les Arabes en Algérie, qui ne mangent pas de viande de porc, sont souvent atteints du tænia solium, on pourra en conclure qu'il n'existe aucune identité entre le scolex du cysticerque ladrique et celui du tænia solium.

Séance du 7 novembre.

M. Fonvielle adresse une intéressante communication sur une question déjà débattue dans la première moitié du dernier siècle, du temps de l'abbé Nollet, à savoir si des purgatifs renfermés dans des tubes fermés à la lampe peuvent, sous l'influence d'un courant électrique, produire leur effet accoutumé. Les expériences tentées à cette époque n'ont pas réussi.

— M. Brown-Séquard continue l'exposition de ses idées sur la dualité du cerveau et de la moelle épinière. Nous y reviendrons.

— M. Verneuil rend compte, en aussi peu de mots que possible, de l'inauguration du monument élevé à Tours en l'honneur des docteurs Bretonneau, Velpeau et Trousseau, et à laquelle il a assisté, comme délégué de l'Académie, le dimanche 30 octobre dernier.

Le sulfi-benzoate de soude dans le pansement des plaies. — M. Heckel présente un travail qui a pour but de faire connaître le résultat des expériences qui ont été faites à Toulon, à l'hôpital Saint-Mandrier, avec le sulfi-benzoate de soude dans le pansement des plaies. Ce résultat, très bon, démontre la supériorité de cet agent médicamenteux dont on n'a pas à redouter certains inconvénients qui résultent parfois d'autres médicaments employés au même usage.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 octobre 1887. — Présidence de M. Duroziez.

Le procès-verbal est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. de Beauvais : Les doutes que l'observation de M. Pintaud-Desallées a laissés dans vos esprits m'invitent à rapprocher de ce cas incertain la communication que M. Pasteur vient de faire à l'Académie des sciences, à propos de la

brochure de M. Mesnet, médecin de l'Hôtel-Dieu, portant pour titre : *Considérations générales sur les fausses rages.*

Les annales de la médecine, dit M. Pasteur, ont enregistré un assez grand nombre d'accidents nerveux chez des personnes, les unes mordues par des chiens enragés, mais qui ne devaient pas succomber à la rage, les autres non mordues.

Le malade dont parle M. Mesnet dans sa brochure était un alcoolique qui, ayant vu dans son verre, pendant qu'il déjeunait, quelque chose comme du dépôt, fut pris d'un sentiment d'horreur pour le liquide, avec constriction à la gorge suivi de céphalalgie, de courbature et de fatigue dans tous les membres. C'était un dimanche. Pendant la nuit suivante, et dans les journées du lundi et du mardi, pas de sommeil, accès de suffocation, spasmes à la gorge, horreur pour les liquides qu'il rejette avec le verre. Sa figure exprime l'inquiétude, le regard est fixe, brillant, hagard; les pupilles très largement dilatées; la parole est brève, saccadée, rapide; il a de la peine à respirer. Quand on lui offre un verre contenant de l'eau, il se rejette de côté avec effroi, et l'on détermine chez lui des accès de suffocation et de constriction à la gorge. Les objets brillants, la lumière, lui sont particulièrement désagréables. Il est péniblement impressionné quand on agite l'air devant sa figure. Il *meurt* le mardi soir, après avoir été en proie à un délire furieux, avec agitation extrême, cris et vociférations; salivation très abondante, crachant, mordant ses draps et cherchant aussi à mordre la personne qui le soigne. Enfin cet homme a présenté tous les caractères de l'*hydrophobie furieuse;* cependant il n'est pas mort de rage; il n'avait jamais été mordu, et à plusieurs reprises et à longs intervalles, il avait déjà présenté des symptômes analogues de *fausse rage.* Cet homme était alcoolique et appartenait, en outre, à une famille qui comptait un décès par aliénation mentale.

M. le docteur Mesnet, en présence d'un fait aussi caractéristique de fausse rage, insiste sur la nécessité d'appliquer la méthode des inoculations du bulbe, après la mort, pour fixer le diagnostic toutes les fois qu'il y a doute sur la véritable cause de la mort.

La *correspondance imprimée* comprend, outre les journaux et revues de la quinzaine, le premier numéro des *Archives de laryngologie, de rhinologie et des maladies des premières voies respiratoires et digestives*, fondées par M. le docteur Ruault, membre de la Société.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Fraigniaud, président, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président fait part à la Société des pertes regrettables qu'elle vient de faire en la personne de M. le docteur Giraud-Teulon, membre honoraire, et de M. Lemoine, membre titulaire.

M. Polaillon lit une note *sur le gigantisme utérin, ses accidents et son traitement.* (Sera publié.)

M. Deligny lit un travail sur l'*eczéma des ongles.* (Sera publié.)

M. Christian donne lecture d'un mémoire sur les *troubles nerveux de nature insolite qui signalent la première période de la paralysie générale.* (Sera publié.)

M. Charpentier : Au point de vue des troubles musculaires que nous a exposés M. Christian, il serait intéressant de connaître quel a été l'état de la pupille du côté de l'œil affecté antérieurement de strabisme, et aussi de savoir si la paralysie générale était, comme forme et marche, normale ou non.

Quant aux troubles douloureux précédant cette même maladie, nul ne pouvait mieux les constater que M. Christian, qui les a si bien observés dans son étude sur les troubles de la sensibilité chez les mélancoliques. J'ai eu aussi l'occasion de les rencontrer, mais tout en les considérant comme pouvant faire penser à la possibilité d'une paralysie générale; dans des temps prochains, je suis disposé à les regarder soit comme des effets de l'alcoolisme, facteur si fréquent de la paralysie générale, soit comme des manifestations de l'arthritisme, dont j'ai tenté l'an dernier d'établir la fréquence dans les antécédents héréditaires et personnels, non seulement des paralytiques généraux, mais encore des aliénés.

A ce propos, permettez-moi, Messieurs, de vous rapporter brièvement un cas dont je n'ai pas encore vu d'exemple. Il s'agit d'un cas de diabète et de paralysie générale observés sur un même sujet âgé de 44 ans, ayant eu des fièvres en Cochinchine, la syphilis, une irido-choroïdite double d'une durée de deux ans et disparue six mois avant l'invasion de la paralysie générale; de plus, excès antérieurs de toutes sortes. La présence du sucre dans les urines fut constatée pendant l'irido-choroïdite, et nous ne vîmes le malade que lorsque la paralysie générale fut établie; il urinait alors de 20 à 43 grammes de sucre et 3 à 13 grammes d'urée; certains jours, les urines ne contenaient aucune trace de ces substances, mais la physionomie de la paralysie générale ne subissait aucune modification. Les symptômes les plus caractérisés étaient les suivants: perte de la mémoire, idées de satisfaction, inconscience de sa situation et du milieu qui l'entourait, inégalité pupillaire, embarras de la parole, faiblesse musculaire progressive, amaigrissement modéré, accès de coma irréguliers, avec haleine fétide, sueurs abondantes; le père était mort à 45 ans d'une paralysie générale; pas d'antécédents arthritiques connus dans la famille.

M. de Beauvais : Ce qui me frappe dans la communication fort intéressante de M. Christian, c'est la disparition brusque et complète de troubles graves et persistants, soit du côté de l'estomac, de l'intestin, ou d'autres viscères, ayant nécessité des traitements sérieux, méthodiques et prolongés sans succès; troubles pathologiques ayant pu faire croire, par leur durée et leur opiniâtreté, aux médecins traitants à des maladies organiques incurables.

Cette disparition, aussi définitive que subite et étrange, coïncidait toujours avec l'explosion d'accidents cérébraux, d'aliénation mentale, très caractérisés. Il y a dans cette métastase de quoi surprendre ligitimement bien des praticiens.

Je demanderai à notre collègue si les affections graves et prémonitoires de l'aliénation mentale, dont il nous a fait le récit détaillé, ont été observées et affirmées par des médecins sérieux ou seulement par les personnes qui entouraient et soignaient les malades confiés plus tard à son examen.

C'est là un point capital à établir, et sur lequel je crois devoir insister avant de conclure.

M. Dubuc : Les faits signalés par M. Christian ne sont pas nouveaux; nous savons tous ce que sont les *faux urinaires*, et nous savons aussi que le plus souvent ils finissent par le tabes.

M. Reliquet : Le mémoire que vient de nous lire M. Christian a une grande importance. L'auteur y attribue, et je crois avec raison, à la paralysie générale des phénomènes prémonitoires très éloignés, ainsi que cela est démontré pour l'ataxie locomotrice.

J'ai observé plusieurs faits qui confirment les conclusions de notre collègue. Dans mes leçons sur le spasme de l'urèthre et de la vessie publiées en 1878, je relate l'observation d'un ancien officier, travaillant à la bourse, qui, se portant ordinairement bien, sans manifestations douloureuses autres, de temps en temps était pris brusquement d'envies d'uriner impérieuses, incessantes, continues, très douloureuses, s'accompagnant d'un spasme de la vessie et de l'urèthre tel qu'il y avait expulsion de sang. Cet état excessivement douloureux de la vessie et de l'urèthre était calmé par l'application des courants électriques continus.

A ce moment, pour moi, le diagnostic était : ataxie locomotrice. Six ans après, j'ai revu ce malade dans une maison de santé, il était paralytique général.

Actuellement je donne mes soins à un homme de 35 à 38 ans qui a eu d'abord à différentes reprises des excitations vésico-uréthrales douloureuses pendant trois et quatre jours de suite, cessant pendant quelque temps, puis reparaissant brusquement sans qu'il fût possible d'en déterminer la cause occasionnelle. Ce même malade a des alternatives de puissance génésique et de diminution très grande dans cette fonction. J'ai su par son médecin qu'il y a deux de ses très proches parents qui sont morts de paralysie générale.

Pendant des années, j'ai eu à conseiller un de nos confrères. Un matin, à six heures,

il arrive tout effaré chez moi, me disant qu'il avait un rétrécissement de l'urèthre, et qu'il fallait de suite, chez moi, lui faire l'uréthrotomie interne. En effet, la vessie était volumineuse, les douleurs et les accès douloureux de la rétention complète existaient. Je lui passai facilement une bougie n° 7 et il se mit à uriner assez librement. En le reconduisant, comme il me demandait toujours l'uréthrotomie interne, je lui répondis : « Nous verrons cela dans quelques jours ».

Après deux passages de bougies un peu plus grosses, je restai quatre ans sans que notre confrère me parlât de son rétrécissement, lorsque nous nous trouvons dans le même compartiment de chemin de fer. Malgré les personnes présentes, il me parle de son rétrécissement qui le gênait à nouveau, et me dit qu'il viendrait dans quelques jours pour que je lui fasse l'uréthrotomie interne.

Trois ans après, je suis appelé près de lui, il était en plein délire, extrêmement agité. Il avait essayé de se sonder sans résultat, la vessie était très distendue. Je ne pus passer qu'une sonde n° 7, et encore elle était serrée. L'urine s'écoula bien lentement par ce petit calibre. Les jours suivants, tant que l'agitation dura, je ne pus pas passer de sonde plus grosse. Ce n'est qu'après huit jours, le sondant matin et soir pour le faire uriner, que je passai le n° 12, sans pouvoir aller au delà. Mais l'excitation diminue et il urine un peu seul, et brusquement je peux conduire jusque dans la vessie le n° 20.

Pendant le coma qui précéda la mort, le n° 22 entrait sans rencontrer la plus légère résistance. Ainsi, voilà un fait où les spasmes de la portion membraneuse, produisant la rétention, ont existé longtemps avant que l'affection cérébrale fût confirmée.

Il n'est pas toujours facile, au premier examen de l'urèthre, de dire d'une façon précise, si, oui ou non, il s'agit d'un rétrécissement ou d'un spasme de la région membraneuse dû à une affection latente des centres nerveux. Il suffit de voir le nombre des malades qui, après avoir été examinés par leurs médecins instruits et attentifs, viennent chez nous comme étant atteints de rétrécissements organiques lorsqu'ils n'ont que du spasme de l'urèthre.

Dans mes leçons sur les spasmes de l'urèthre et de la vessie en 1878 (1), je raconte ce fait : Je suis appelé en toute hâte pour une rétention d'urine. J'y vais, étant très pressé par l'heure de mon cours. Le malade est couché. Je passe difficilement une toute petite bougie. Sur elle, je visse une sonde en gomme, mais mon cathétérisme, à la suite, est arrêté net en avant du collet du bulbe. La sonde est trop grosse, elle ne peut même pas être engagée dans le point rétréci.

Mon confrère et moi, nous sommes convaincus qu'il s'agit d'un vrai rétrécissement. Je laisse la bougie à demeure et nous prenons rendez-vous pour faire l'uréthrotomie interne le lendemain.

Le lendemain, je trouve la petite bougie très mobile; je visse dessus la sonde arrêtée la veille, et elle passe très librement dans la vessie. Alors, j'introduis successivement une sonde plus grosse, et même le brise-pierre explorateur, sans trouver le plus léger obstacle. Le calibre et la souplesse de l'urèthre étaient absolument rétablis.

Le malade était toujours couché; mon confrère ne l'avait vu pour la première fois que quelques heures avant moi.

Vingt-quatre heures après, ce malade vient chez moi. Pour la première fois, je le vois debout lorsqu'il entre dans mon cabinet en traînant ses membres inférieurs derrière lui. Il avait une myélite.

En réalité, l'obstacle matériel qui, dans l'urèthre, empêche de passer une sonde moyenne parce qu'elle est serrée, lorsqu'une plus petite passe facilement, en impose toujours et, malgré tout, fait croire à un rétrécissement. Il faut toujours un complément d'études du malade pour chasser l'influence du fait matériel observé et pour reconnaître qu'il y a spasmes et non rétrécissement vrai.

On a bien vite dit : « Ce sont de faux urinaires; avec un peu d'habitude, on les reconnaît. » Mais ce qu'il faut, c'est que tous les médecins soient bien mis en garde contre ces faits de rétrécissements spasmodiques et de douleurs violentes avec excitations de la vessie et de l'urèthre, dus à une affection cérébro-spinale plus ou moins caractérisée,

(1) *Leçons sur les maladies des voies urinaires* (1878-1881).

pour qu'ils s'abstiennent de toutes manœuvres chirurgicales exploratrices ou curatives, dont le seul résultat serait de rendre ces malades de vrais urinaires en plus de leur affection des centres nerveux.

M. Christian : Je ne prétends nullement que les faits signalés dans mon travail soient nouveaux; je pense, au contraire, que tous les médecins ont dû en observer de semblables. Ce que je crois nouveau, c'est la relation que je cherche à établir entre ces faits insolites et la paralysie générale. Je prétends, en effet, que, dans un grand nombre de cas, quand ces troubles pathologiques apparaissent, ils dénotent déjà une lésion du système nerveux central, et il faut les rattacher à une paralysie générale qui bientôt va se manifester avec tous ses symptômes caractéristiques. J'ajouterai, pour répondre à M. de Beauvais, que ces symptômes ont en général disparu, quand les malades arrivent dans mon service, parce qu'ils n'y sont placés que lorsque le délire est survenu; mais j'ai eu, pour me renseigner, les dires de la famille, ceux des médecins qui ont vu le malade, et, dans beaucoup de cas, la liste même des traitements qui ont été institués.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Thèses pour le doctorat soutenues devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux pendant l'année scolaire 1886-1887.

M. Bonain : De l'emploi de l'oxyde de zinc dans le traitement de la diarrhée et de la dysenterie chroniques des pays chauds. — M. Thamin : Contribution à l'étude des luxations de la clavicule. — Damany : La province et la citadelle de Kouang-Rame. Étude de géographie médicale et de pathologie exotique. — M. Calmeilles. De l'exstrophie vésicale. — M. Verniolle : Essai de sériation méthodique des principales eaux minérales naturelles de France.

FORMULAIRE

Traitement de la parotidite. — Spillman.

Au début de la parotidite, chercher à obtenir la résolution par des fomentations émollientes, des cataplasmes, des onctions mercurielles, des vésicatoires, des sangsues, des applications de glace, etc. Mais aussitôt que la résolution n'est plus à espérer, il faut se hâter d'intervenir chirurgicalement, sans attendre que la fluctuation soit évidente, de crainte que le pus ne se fraye une voie par le conduit auditif externe, ou dans les régions profondes du cou. L'opération est surtout indiquée, dans le cas de gonflement et d'œdème très étendus, afin d'éviter la compression des veines profondes et la gangrène. Elle doit consister en une incision profonde, parallèle à la branche de la mâchoire, et dirigée vers la partie postérieure de la glande, afin d'avoir moins de chance d'intéresser le nerf facial. La peau incisée, on débride l'aponévrose avec le bistouri ou une soude cannelée, et on maintient la plaie ouverte à l'aide d'un tube à drainage. Puis, plusieurs fois par jour, on pratique des injections dans ce tube, avec une solution phéniqué au centième. La plaie est recouverte d'un pansement antiseptique. — Relever les forces du malade, combattre l'adynamie, l'hyperthermie et la septicémie. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les docteurs Johannes Gad et Albert Kossel sont nommés professeurs extraordinaires (physiologie) à la Faculté de médecine de Berlin.

— A été appelé également à la direction du Jardin botanique et du Musée de l'Université de Berlin le professeur comte Solms Laubach (de Göttingen). — Ch. S.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Riembault, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, correspondant de l'Académie de médecine; Johannet, de Chelles (Seine-et-Marne); Jules Bara, le doyen des médecins de Tournai, chirurgien honoraire de l'hôpital de cette ville; A. Wahu, médecin principal en retraite.

Clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas. — M. P. Budin, agrégé, chargé du cours, commencera les leçons de clinique obstétricale, le samedi 12 novembre, à neuf heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Visite des malades tous les jours à huit heures et demie du matin.

Asile Saint-Anne. — M. Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, le dimanche 13 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Après des considérations générales sur les diverses formes de la folie, les leçons porteront plus particulièrement cette année, sur l'alcoolisme et la paralysie générale.

— Le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire le lundi 14 novembre, à six heures, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Médecine opératoire oculaire. — Le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours le lundi 14 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 3, et le continuera les vendredis et lundis suivants.

Les élèves seront exercés aux opérations.

Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le mardi 15 novembre, à cinq heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Doléris commencera un cours public de gynécologie le mercredi 16 novembre à trois heures et demie et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure, 12, rue de Navarre.

Société médico-pratique. — Séance du 14 novembre. — *Ordre du jour :* 1. M. Cyr : Rapport sur la candidature de M. Bonnet au titre de membre correspondant. — 2. M. Trousseau : Complications oculaires de la rougeole. — 3. M. Le Bec : Épithélioma de la langue; ligature de la linguale, extirpation de la langue, résection du maxillaire inférieur, trachéotomie; mort par congestion pulmonaire le sixième jour. — 4. M. Richardière : De la paralysie labio-glosso-laryngée, à début brusque, par oblitération des artères bulbaires. — 5. M. Monnier : Calcul volumineux de l'urèthre extrait par les voies naturelles.

N. B. — La commission du prix se réunira à la fin de la séance.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 14 novembre 1887, à quatre heures, au Palais de Justice, salle des Référés. — *Ordre du jour :* Lecture du procès-verbal de la séance du 8 août 1887. — Election de M. Clark Bell (de New-York) comme membre honoraire. — Déclaration de places vacantes parmi les membres titulaires et les membres associés. — M. Ogier : Sur une épidémie d'intoxication saturnine causée par des farines. — M. Baudier : Considérations médico-légales à propos d'un écoulement abondant de liquides provenant de la cavité utérine. — Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'hystérie alcoolique,

Par le docteur Ferdinand Dreyfous (1),

Ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine.

Obs. III (personnelle). — *Antécédents : Père fou, mère hystérique. — Un frère mort de convulsions. — Scrofule. — Syphilis. — Incontinence nocturne d'urine; asphyxie symétrique des extrémités. — Fracture de cuisse en 1873. — Alcoolisme et absinthisme. — Hémianesthésie. — Vertiges; absences. — Attaques convulsives.* — H... (Georges), 22 ans, orfèvre, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de juin pour la deuxième fois.

H... est un jeune homme intelligent qui a eu de tous temps des accidents et des maladies de toutes sortes.

Dans sa profession, il est rare qu'on ait à manier du plomb, et aucun de ses camarades n'a eu de coliques de plomb.

Ses *antécédents héréditaires* sont importants à noter : son père est mort; dans les deux ou trois derniers mois de son existence, il était fou, et mourut d'une gastralgie (?). Sa mère, vivante, est très nerveuse, et elle a eu de fréquentes attaques de nerfs. Un de ses frères est mort de convulsions à 11 mois.

Scrofule. — Dans son enfance, outre de nombreux accidents qni se rattachent à la scrofule (angines fréquentes, abcès ganglionnaires cervicaux qui ont laissé des cicatrices saillantes violacées des deux côtés du cou, et surtout une tumeur blanche du genou droit guérie par ankylose); il eut aussi les affections aiguës habituelles à cet âge : croup, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde et un ictère.

Lui-même a toujours été nerveux; il a eu de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à 10, 11 ans. Mais, jusqu'à 18 ans, pas d'accidents convulsifs.

C'est à cet âge, et à la suite d'un accident, qu'ils apparurent. Il y a quatre ans, en effet, un traumatisme grave atteignit encore le membre inférieur droit; ce fut une *fracture de cuisse* avec déplacement considérable. La consolidation fut vicieuse en ce sens que le fragment inférieur continua à faire à la partie externe de la cuisse une saillie anguleuse. Or, c'est *au moment de la convalescence* qu'apparut la *première attaque convulsive*. Il resta ensuite près d'un an sans avoir de nouvelle attaque.

Alcoolisme et absinthisme. — A 19 ans, il se mit à faire des excès de toutes sortes, et en particulier d'absinthe. Gagnant à son métier d'orfèvre de fortes journées, il restait presque tous les mois une semaine complète sans travailler, passant les jours et les nuits dans les plaisirs. Puis il se remettait à travailler et passait la nuit, tandis qu'il était en train, à finir son ouvrage. Enfin, il buvait une vingtaine d'absinthes par semaine. H... n'a jamais eu de pituites; mais il fut obligé de cesser de boire l'absinthe, parce qu'il tremblait. Dès lors, les attaques reparurent à époque irrégulière.

Syphilis. — Il y a deux ans, H... eut à la verge une petite écorchure. L'an dernier, il entra dans le service de M. Vidal pour une éruption qu'on désigna sous le nom de lichen syphilitique; quelque temps après, il avait aussi perdu les cheveux. Enfin, en 1877, il rentra dans le même service avec des phénomènes nerveux d'un autre genre : une asphyxie symétrique des extrémités.

Plus tard, il entre dans le service de M. le professeur Germain Sée, qui, après deux mois de séjour, l'envoya à Vincennes. Et c'est à son retour de l'Asile qu'il entre de nouveau

(1) Suite. — Voir les numéros des 3 et 5 novembre 1887.

à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, et que nous l'y observons. Déjà, chez M. le professeur Sée, l'hémianesthésie avait été reconnue, et on avait pensé à une tumeur cérébrale.

Depuis 1874, il n'a eu que huit attaques convulsives; la dernière, il y a trois semaines. Mais, depuis neuf à dix mois, les attaques sont devenues plus fréquentes, en même temps qu'un nouveau phénomène apparaissait : l'hémianesthésie.

Attaques. — Il ne les sent point venir : la preuve, c'est que dernièrement il faillit tomber par une fenêtre, puis il se débat en de violentes convulsions; l'écume lui vient à la bouche. Les quatre membres sont également convulsés; je ne peux pas savoir s'il y a prédominance d'un côté, et si les convulsions débutent par un des membres ou un des côtés plutôt que l'autre. Pas d'incontinence d'urine, ni morsure de la langue. Le malade n'a aucun souvenir de ses attaques.

A ces grandes attaques s'ajoutent des vertiges fréquents et des absences.

Enfin, ce malade a quelquefois des *spasmes* en respirant, ou des *envies pressantes d'avaler* à plusieurs reprises. Mais pas de boule hystérique.

La mémoire est affaiblie, mais l'intelligence bien conservée; il a de fréquentes céphalées des deux côtés de la tête; pas de vomissements.

Hémianesthésie. — Elle est apparue *à la suite d'une de ses attaques* (la sixième). Au début, le malade ne sentait rien; il y avait une insensibilité complète du côté droit, tandis que, aujourd'hui, cette insensibilité est incomplète.

Voici dans quel état nous le trouvâmes lors de notre examen : Etat général bon, malgré des traces nombreuses de scrofule à la surface du corps. Rien de particulier dans l'expression du visage. L'exploration de la sensibilité générale et spéciale donne les résultats suivants :

(Pendant l'exploration au point de vue de l'analgésie, nous avons soin de maintenir fermés les yeux du malade.)

Membres. — Au membre inférieur droit, H... sent à peine une piqûre d'épingle; il sent qu'on le touche avec quelque chose, mais ne sent pas la douleur. Il ne sent pas non plus le chatouillement. L'application d'un verre froid sur la jambe n'éveille aucunement la sensation de froid. La piqûre profonde, enfin, n'est pas sentie. Il y a donc, chez ce malade, *analgésie;* persistance de la sensation de contact (qu'il n'a jamais perdue complètement); enfin, *thermoanesthésie.* Quand on applique le doigt sur la peau du bras droit, le malade sent bien qu'on le touche; mais si on le pince en même temps, il ne sent qu'une chose : le contact. De même, il peut dire qu'il éprouve le contact d'un corps, sans pouvoir répondre s'il est chaud ou froid.

Tronc. — En avant, du côté droit et jusqu'à la ligne médiane, H... ne sent pas le pincement, ni la piqûre, ni le froid, mais il sent partout le contact. De plus, dans la fosse iliaque et le flanc, le pincement et la piqûre provoquent la sensation d'un chatouillement. Le chatouillement est douloureux. Il y a, en un mot, de l'hyperesthésie, bien que la piqûre et l'application d'un corps froid ne soient nullement senties en tant que piqûre ou en tant que froid, mais seulement en tant que contact.

Dans le dos, perte de la sensation de chaleur, de piqûre, de chatouillement. Il sent le contact en général, et encore il ne sent même pas le contact quand on le pique. Il ne s'aperçoit de rien lorsqu'on lui promène rapidement le doigt dans toute la hauteur du dos. Enfin, pour plus de sûreté, je lui applique à l'improviste, sur la peau du dos, un morceau de glace et il ne bouge pas. La même application sur le membre inférieur et les fesses n'est pas non plus sentie.

Cou. — Même anesthésie limitée à la moitié droite. De même pour la face et le cuir chevelu. Et même il ne sent pas toujours le contact simple, et sent seulement qu'on le touche lorsqu'on le pince. Par la piqûre, il ne sent ni le contact ni la douleur. Si on lui applique une cuiller sur la joue du côté droit, il ne sent rien; de l'autre, il sent et dit de plus que c'est froid.

M. Debove, quand le malade était dans le service de clinique, a bien des fois essayé l'effet de la piqûre profonde; on l'a couvert de piqûres et il n'a rien dit, rien senti. Je le pique, moi aussi. et j'enfonce une épingle jusqu'au cubitus, il ne sent rien et la piqûre ne saigne pas.

M. le docteur Neumann l'a électrisé chez M. G. Sée; il n'a rien senti et la sensibilité n'est pas revenue.

M. Debove a aussi essayé les lames d'or, argent et cuivre. La sensibilité n'a pas non plus reparu.

Muqueuses. — Conjonctive oculaire droite insensible; en touchant la cornée droite avec la tête d'une épingle, il n'y a pas de clignement; mais la sécrétion des larmes est excitée (comme dans les observations de M. Magnan). Conjonctive palpébrale insensible.

Bouche. — Lèvres, palais, langue insensibles sur la moitié droite. C'est surtout au voile du palais et au pharynx que la délimitation est exacte; l'anesthésie s'arrête juste sur la ligne médiane. Si on la dépasse, on provoque immédiatement des envies de vomir.

La pression sur les dents à droite n'est pas sentie; la joue droite est insensible.

Ouïe. — Affaiblie; l'oreille gauche entend jusqu'à 50 centimètres les battements de ma montre et entend encore quelque chose à 70 centimètres. La droite les entend un peu à 3 centimètres, mieux à 2 centimètres, et même il n'entend bien les battements qu'en appliquant et pressant la montre contre le pavillon de l'oreille.

Goût. — Sur la moitié droite de la langue, il ne reconnaît ni le vinaigre, ni la quinine, ni le sucre, ni la coloquinte, toutes substances qu'il reconnaît bien à gauche.

Vue. — L'examen ophthalmoscopique, pratiqué par M. de Beurman, chef de clinique du docteur Abbadie, est absolument négatif.

Examen de la vision le 14 juillet. H... peut lire couramment les caractères du *Petit Journal* avec l'œil droit à 17 centimètres, avec l'œil gauche à 92 centimètres.

Les couleurs bleu, blanc, rose, vert, violet, sont bien reconnues de l'œil droit. Il hésite un peu pour le bleu clair pour lequel il dit violet, puis bleu foncé. Avec l'œil gauche il dit, au contraire, sans hésiter, bleu clair.

Je mesure le champ visuel, le malade étant assis à une distance de 88 centimètres du tableau noir. C'est à la même distance que nous plaçons le malade pour mesurer la diminution concentrique du champ visuel pour chaque couleur. Pour la lumière blanche, le cercle visuel à droite équivaut à une figure ayant pour rayon de 0^m05 à 0^m07 1/2; à gauche, il aurait de 15 à 17 cent. 1/2 de rayon. Dyschromatopsie.

Odorat. — Le malade, à droite, applique sans sourciller sa narine contre un flacon contenant de l'essence de menthe, et un autre contenant de l'essence de valériane.

Motilité. — Il y a faiblesse du membre supérieur droit sans amaigrissement. Le membre inférieur droit a subi de graves lésions : fracture, ankylose ancienne. Aussi l'atrophie musculaire qu'on y observe et qui n'existe nullement au membre supérieur, doit-elle être mise sur le compte de ces lésions multiples anciennes et n'a aucun rapport avec les troubles de sensibilité actuellement observés.

Enfin, le 10 juillet, nous fîmes avec le compas de Weber l'exploration de la sensibilité cutanée. Elle permet de constater d'une façon générale une perfection plus grande des sensations du côté gauche du corps. De plus, à droite, il y a par l'application des pointes du compas la sensation d'un simple contact, tandis qu'à gauche le malade a la sensation de la piqûre.

Obs. IV. (Personnelle, prise sous la direction de M. Magnan.) — *Antécédents : Mère hystérique. — Fille morte de convulsions. — Excès alcooliques. — Pas d'absinthisme. — Pituites. — Vertiges. — Hystéro-épilepsie. — Délire. — Hallucinations. — Hémianesthésie gauche.* — Pet..., ancien marin, 59 ans, entre le 4 juillet à l'asile Sainte-Anne dans le service de M. le docteur Magnan.

P... n'a fait jusqu'en 1868 que des maladies sans importance; pas de scrofule; pas de syphilis. Etant dans les pays chauds, il eut une conjonctivite qui guérit bien. Dès l'âge de 11 ans, il fut marin, et c'est là qu'il prit l'habitude de faire des excès de boisson. Plus tard, il fut comptable, employé chez un huissier, etc. Etant marin, il n'avait, pendant le parcours, que les trois quarts de litre réglementaires. Une fois qu'il eut quitté le service, il but surtout du vin (2, 3, 4 litres) et du rhum (3 petits verres par jour, dont 1 le matin à jeun), sans compter quelquefois le madère; jamais d'absinthe.

Son père est mort, ne laissant que lui d'enfant et n'ayant rien présenté de particulier.

Sa mère était nerveuse; elle avait souvent des attaques de nerfs, et mourut eu 1873 d'une maladie qui, en tout, dura dix-neuf jours, et pendant laquelle elle aurait été folle et paralysée.

Quant à lui, il eut une fille qui mourut à l'âge d'un mois de convulsions.

C'est en 1867 que commença la maladie pour laquelle il entre aujourd'hui. Déjà alors il eut des absences. En 1868, pour la première fois, il entrait à l'asile porteur d'un certificat de M. le docteur Legrand du Saulle ainsi conçu : « Evanouissements soudains, épilepsie. »

Deuxième entrée, en février 1869, avec un certificat portant ces mots : « Epilepsie, ne conserve pas le souvenir de ses accès. »

Troisième entrée en août 1869. — « Alcoolisme, épilepsie, impulsions. » (Legrand du Saulle.)

Quatrième entrée, 11 mai 1869. — Il reste alors près de trois ans sans accidents, et rentre encore.

Cinquième entrée le 8 avril 1872. — « Epilepsie. » (Docteur A. Ollivier.)

Sixième entrée le 27 décembre 1872.

Septième entrée; certificat du docteur Faure. — « Epilepsie, alcoolisme, asymétrie très marquée de la face, tremblement général des membres et surtout des mains, émission involontaire de l'urine, morsure à la langue, insomnie, vertiges, rêves effrayants. »

Huitième entrée le 21 février 1875. — « Epilepsie, vertiges et attaques convulsives; accès de délire; affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. » (Docteur Bouchereau.)

Neuvième entrée en janvier 1876. — « Epilepsie avec attaques à la suite d'excès alcooliques. » (Docteur Magnan.)

Dixième entrée le 8 novembre 1876. — Epilepsie avec délire consécutif aux accès.

A ces renseignements fournis par le dossier administratif, le malade ajoute ce qui suit :

Depuis deux ou trois ans, il a, tous les matins, la pituite; il vomit même dans la nuit, et en abondance; ces vomissements s'accompagnent de fortes nausées : ils sont précédés d'un mal de tête violent.

Depuis deux ans aussi, il y a des moments où il ne peut rien tenir de la main gauche sans le lâcher et il est devenu faible de la jambe gauche. Enfin, c'est aussi depuis deux ans qu'est apparu un nouveau symptôme : l'hémianalgésie.

Parfois, P... perd ses urines et ses matières.

Le 4 juillet 1877, M. Magnan veut bien examiner le malade devant nous; nous le trouvons dans l'état suivant :

Des deux côtés du corps, la sensibilité est obtuse; mais elle est bien plus affaiblie dans tout le côté gauche du corps.

Membres supérieurs. — En soufflant successivement sur le dos de la main et de l'avant-bras, on constate ceci : à droite, il sent le souffle d'une façon obtuse, excepté sur le dos de la main, où il ne sent rien.

A gauche, il sent plus mal le souffle; il ne sent pas le contact. La sensation de froid subsiste sur l'avant-bras; elle a disparu sur le dos de la main.

A droite, au contraire, il sent l'eau froide sur le dos de la main.

A gauche, il sent le poids des objets, mais n'a pas la perception de simple contact du doigt, par exemple.

Il éloigne bien sa main droite d'un pot à eau contenant de l'eau très chaude; il laisse la main et l'avant-bras gauches en contact avec ce dernier, si bien qu'il se fait à l'avant-bras une brûlure du deuxième degré.

A gauche, on peut traverser de part en part la peau du dos de la main avec une épingle, sans qu'il en souffre et sans qu'il saigne. A l'avant-bras, il sent la douleur. Ces phénomènes sont bien moins nets à droite.

Les mêmes troubles existent aux membres inférieurs. A droite, la sensibilité au contact est conservée à la jambe, émoussée au pied. Mais, à gauche, il sent encore moins qu'à droite lorsqu'on lui souffle sur le dos du pied. La chaleur, des deux côtés, est mal

sentie, plus mal à gauche. De même pour la piqûre; elle est moins vivement sentie du côté gauche.

Œil gauche. — Il voit bien les objets et la couleur des objets (rouge, jaune, etc.). Il distingue bien le nº 5 de l'échelle chromo-métrique de Galezowski.

De l'œil droit, il voit quelques lettres de 1/2 millimètre, tandis qu'à gauche, il ne lit que les caractères de 3/4 de millimètre. Enfin, le champ visuel est bien rétréci du côté gauche.

Odorat. — Avec la narine droite seule, il sent et reconnaît l'eau de fleurs d'oranger, la menthe, le camphre, etc. A gauche, il ne sent rien.

Le goût est encore plus émoussé que l'odorat. A droite, il ne sent pas le sucre, ne sent le sel qu'en rentrant la langue dans la bouche ; ne trouve la teinture d'aloès que légèrement amère, et ne sent pas du tout la teinture de coloquinte. A gauche, il ne sent rien, soit sur la pointe de la langue, soit à la base, après l'avoir rentrée dans la bouche.

Ouïe. — A droite, il entend à 5, 9, quelquefois à 10 et 15 centimètres les battements d'une montre, qu'il n'entend à gauche qu'en appliquant la montre tout à fait contre le pavillon de l'oreille.

Motilité. — P... saute sur la jambe droite, et ne le fait qu'avec difficulté sur la jambe gauche.

Au dynamomètre : Main droite, 40e division; main gauche, 19e division.

(*A suivre.*)

Lettre du professeur Trousseau à M. J.-B. Baillière.

Il a été question, à l'inauguration des statues de Bretonneau, Trousseau et Velpeau, d'une lettre écrite par l'un de ces illustres maîtres à M. J.-B. Baillière, éditeur. Nous publions avec plaisir une copie de cette lettre, aussi honorable pour celui qui l'a écrite que pour celui qui l'a reçue.

3 décembre 1860.

Mon cher éditeur,

Je ne sais pas quel destin est réservé à notre livre; mais il faut m'aider à faire quelque chose qui puisse lui porter bonheur.

Sans attendre que le second volume de la *Clinique médicale* soit publié, soyez assez bon pour acquitter le prix du premier.

Vous donnerez 1,200 francs à B. Vous partagerez le reste entre R. et V. R.

Je vous avoue que l'autre jour, à l'Académie, j'ai été navré d'entendre R. me demander de lui faire faire des analyses chimiques et des examens microscopiques, pour l'aider à vivre.

Je suis honteux de gagner tant d'argent quand un garçon si modeste et si recommandable à tant de titres est si pauvre.

Quant à V. R., il a une triste santé; il est le soutien de sa mère, et, d'ailleurs, je ne suis pas sûr d'avoir été fort équitable envers lui au dernier concours de l'agrégation; ce sera donc une très petite et imparfaite réparation.

Partagez entre eux cette modique somme. De votre part, c'est un cadeau de jour de l'an et vos relations avec eux vous permettent de leur donner, sans les offenser, un témoignage de gratitude qu'un éditeur peut toujours offrir à des auteurs dont les ouvrages ont eu du succès.

Agréez l'expression de ma sincère affection. A. Trousseau.

BIBLIOTHÈQUE

La santé dans la famille, causeries intimes d'hygiène et de médecine, par M. le Dr André Lanteirès. — Paris, Firmin-Didot, 1888. 1 vol. in-12 jésus de 417 pages.

Cet ouvrage, — dédié aux mères de famille, — n'a pas d'autre prétention, dit l'au-

teur, que de rassembler dans un certain ordre, sous une forme aussi concise que possible, comme dans un langage compréhensible de *tous*, l'ensemble des connaissances médicales nécessaires dans tout intérieur de famille.

« C'est, dit-il encore, un formulaire scientifique, mis à la portée de tout le monde, dans lequel l'auteur a réuni les dernières notions acquises, les méthodes les plus élémentaires, les plus simples et à la fois les moins dangereuses. Il l'avoue franchement, continue-t-il, à part quelques idées personnelles, il n'apporte rien de nouveau, s'estimant trop heureux si, par suite de ses efforts, il parvient à faire connaître et à répandre les découvertes d'autrui. »

L'auteur, on le sait, est modeste. Il l'est trop. Il eût trouvé dur, venant d'un autre, le jugement qu'il porte sur son œuvre. Mais les auteurs, parlant d'eux-mêmes, soit en bien, soit en mal, ne doivent être crus sur parole qu'avec beaucoup de réserve. Pour mon compte, je ne partage pas, — il s'en faut, — son appréciation. Il me semble, contrairement à ce qu'il avance, que son livre, plein de conseils excellents au point de vue pratique, et marqués, pour la plupart, au coin d'une critique alerte et sûre, porte, d'un bout à l'autre, un cachet tout à fait personnel. — L. M.

REVUE DES JOURNAUX

Moyen de rappeler la respiration. — Le docteur Baillie recommande l'introduction d'un morceau de glace dans le rectum comme un moyen de ranimer la respiration chez les malades profondément anesthésiés, et cite un cas où ce moyen a produit un excellent effet chez une femme qui était à demi-comateuse par suite de l'inhalation du chloroforme. (*Clin. Reports*, 7 sept. 1887.)

Brûlures. — Le *Weekly med. Review* recommande l'application d'une solution d'acide tannique dans l'éther, en consistance de sirop, et affirme que ce topique fait cesser les plus vives douleurs, bien qu'il cause une cuisson momentanée, et qu'il produit une pellicule flexible et non contractile, qui a, sur l'application d'une couche de collodion, l'avantage de ne jamais devenir dure et raide.

Zoster et prurit de l'anus. — Le docteur Bianchi recommande, dans le journal *Lo Sperimentale,* l'application répétée, au moyen d'un pinceau, sur les régions siège du zoster, et dans les cas de prurit de l'anus et des organes génitaux, d'une solution de cocaïne dans la proportion de 3 p. 100.

Aphasie syphilitique. — Le docteur Drysdale (de Londres) a communiqué à l'Association médicale anglaise, dans sa séance du 3 août 1887, à Dublin, un travail intéressant sur l'*aphasie syphilitique,* dans lequel, entre autres considérations, il fait remarquer ce fait, qui n'est pas sans portée, que, dans tous les cas d'aphasie syphilitique observés par lui, il y avait une hémiplégie droite. (*The med. Record*, 3 sept. 1887.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Hernie congénitale étranglée avec ectopie testiculaire. — De la cure radicale de la hernie congénitale; discussion. — Libération du nerf radial; retour tardif des fonctions du nerf. — Luxation ancienne récidivante du pouce. — Hystérectomie vaginale pour un cancer de l'utérus.

M. le baron de Saboïa, membre correspondant, dépose sur le bureau de la Société un exemplaire de chacun de ses travaux chirurgicaux dont il donne l'énumération.

— M. Richelot fait un rapport sur une observation de *hernie congénitale étranglée avec ectopie testiculaire; opération,* par M. Lebec. Il s'agit d'un malade, âgé de 25 ans, porteur

d'une hernie inguinale congénitale étranglée. M. Lebec fit la cure radicale avec castration. Le testicule, atrophié, était situé au-devant de la hernie au niveau de l'anneau nguinal externe. Le cordon saillant dans l'intérieur du sac herniaire était rattaché à sa paroi par une sorte de mésentère; le testicule enlevé, le sac fut réséqué très haut.

A ce propos, M. Richelot émet un certain nombre de considérations sur la résection du sac dans la cure radicale des hernies congénitales. Il est persuadé que l'on peut toujours faire cette résection, enlever le conduit vagino-péritonéal jusque dans la profondeur du trajet, et reconstituer, d'autre part, la vaginale autour du testicule. On doit, autant que possible, conserver la glande séminale; cette conservation est surtout nécessaire chez les jeunes sujets, auxquels se rapportent la plupart des observations de M. Richelot, même si le testicule est en ectopie, et, par suite, sans valeur sexuelle; il a toujours une valeur morale, quand il ne s'agit pas d'un homme âgé.

M. Richelot insiste sur la disposition du cordon dans les différents cas qu'il a été à même d'observer. Dans les hernies congénitales anciennes, sa situation est à peu près la même que dans les hernies acquises, tandis que chez les enfants le cordon fait saillie dans le conduit vagino-péritonéal, et cette saillie constitue une certaine difficulté pour la dissection. Néanmoins celle-ci est toujours possible.

De ces hernies congénitales peuvent se rapprocher les hydrocèles congénitales, dont le traitement est identique et constitue, pour ainsi dire, la cure préventive de la hernie qui peut se former plus tard dans le conduit séreux non oblitéré. Ces opérations sont d'ailleurs peu graves et les suites excellentes ; on a le droit de les conseiller et de les faire de parti pris, en dehors de tout accident actuel, quand on songe que la hernie congénitale est une forme grave de hernie, un tourment continuel et une source d'accidents mortels.

M. Richelot rappelle à ce sujet huit observations personnelles, dont cinq de hernies congénitales et trois d'hydrocèles congénitales traitées par le même procédé. Nous nous bornons à ce court aperçu du travail de M. Richelot, qui sera bientôt publié *in extenso*.

M. Terrillon constate que cette question de la cure radicale des hernies est en ce moment à l'ordre du jour; il veut en étudier un point particulier, et ne s'occuper que des hernies congénitales volumineuses.

Comment doit-on se comporter vis-à-vis du sac? Faut-il enlever entièrement le conduit vagino-péritonéal, ou au contraire simplifier le manuel opératoire? Il se range à ce dernier parti. Dans trois interventions sur des sujets âgés de 29, 38 et 59 ans, il s'est contenté du capitonnage du sac, préconisé par Julliard (de Genève). Au lieu de disséquer tout le conduit vagino-péritonéal, ce qui est long et difficile, il n'en a disséqué que les parties latérales, puis, après avoir adossé les deux feuillets de la séreuse, il les a suturés ensemble avec des anses de catgut séparées l'une de l'autre par un intervalle de 1 centimètre environ. Après ce premier temps, pour oblitérer le canal à sa paroi supérieure, il suffit de l'attirer en bas de 1 centimètre environ; lorsqu'on l'abandonne à lui-même, tout remonte et l'oblitération supérieure se trouve placée au niveau de la partie la plus élevée de l'anneau. On obtient ainsi un cordon cicatriciel. Tel est le mode opératoire que M. Terrillon a adopté chez ses trois malades. Le premier est actuellement opéré depuis trente-trois mois, et la guérison est parfaite; le second, depuis vingt-trois mois, la guérison se maintient; chez le troisième, les résultats paraissent aussi satisfaisants.

Conclusion : Etant donnée une hernie volumineuse, il est préférable d'éviter une longue dissection; au lieu d'une heure et demie que réclame le procédé de M. Richelot, trois quarts d'heure à peine sont nécessaires pour pratiquer le capitonnage. La seule précaution à prendre consiste à lier le sac le plus haut possible en l'attirant fortement en bas.

M. Lucas-Championnière est absolument d'accord avec M. Richelot sur la nécessité d'opérer les hernies congénitales. Pour ce qui est de l'ablation du testicule, il est impossible de déterminer d'une façon absolue les cas dans lesquels on doit l'enlever ou le conserver. C'est d'ailleurs une erreur de croire que l'on soit obligé de pratiquer cette ablation pour faire une opération radicale.

Il convient d'insister, suivant l'orateur, sur les grandes difficultés que présente la cure radicale des hernies. Ceux qui ont fait l'opération « facilement » peuvent être considérés comme l'ayant mal faite; Socin (de Bâle), fort expérimenté en la matière, a déjà, lui aussi, exprimé cette opinion à plusieurs reprises.

M. Championnière estime, contrairement à l'opinion générale, que les petites hernies sont notablement plus difficiles à opérer que les grosses.

Le point capital de la question est celui-ci : il faut porter la dissection le plus haut possible, jusque dans le ventre, si l'on veut éviter une opération incomplète et une récidive.

En résumé, il est toujours possible d'opérer les hernies congénitales; c'est une opération laborieuse, mais elle n'entraîne pas d'accidents. Il importe surtout d'être pénétré de sa difficulté : pour qu'elle soit bonne, il faut qu'elle soit difficile.

Pour ce qui est du mode opératoire employé par M. Terrillon, il n'a pas été inauguré par Julliard; depuis longtemps il a été employé par Mac Even et donne d'ailleurs des résultats peu favorables. Il peut être assimilé à l'opération qui consiste à suturer simplement les piliers de l'orifice inguinal; une suture en ce point n'est pas une défense suffisante contre la récidive; c'est la cicatrice formée aux dépens des parties avivées, qui forme une véritable colonne dure et résistante contre laquelle viennent frapper les anses intestinales. Pour que cette cicatrice soit utile, il faut qu'elle soit grande, d'où la nécessité d'une large dissection.

M. le Président ajourne à la prochaine séance la suite de la discussion soulevée par M. Richelot.

— M. Polaillon présente un malade qui, en 1882, eut une fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus. La consolidation eut lieu au moyen d'un cal volumineux qui engloba le nerf radial et provoqua ainsi une paralysie radiale complète. Le 6 février 1883, M. Polaillon libéra le radial, libération pénible, car le nevrilème était très adhérent à la cicatrice osseuse. Le 1er mai, le malade sortit. Six mois après l'opération, ni le mouvement ni la sensibilité n'avaient fait leur réapparition; ce n'est que deux ans plus tard que les mouvements commencèrent à se montrer. Aujourd'hui, motilité et sensibilité sont à peu près entièrement recouvrées. Il ne faut donc jamais désespérer lorsqu'après une fracture on constate l'abolition des fonctions d'un nerf.

M. Poncet a également observé un cas dans lequel après la suture du radial, sectionnée par un coup de couteau, la sensibilité avait demandé plus de six mois pour apparaître de nouveau.

M. Delens demande si le nerf dégagé par M. Polaillon était infiltré de stalactites osseuses. Dans un cas, il a noté cette infiltration qui a un peu compliqué l'intervention.

M. Polaillon n'a pas trouvé de stalactites dans le nerf qui était mince et aplati; mais il en a trouvé dans le névrilème.

— M. Nimier présente un enfant de troupe atteint de *luxation ancienne récidivante du pouce.*

Une courte discussion s'engage sur le traitement indiqué dans ce cas.

M. Tillaux estime que l'application d'un appareil serait suffisant pour rétablir les fonctions de l'organe.

M. Lucas-Championnière et M. Richelot opinent pour une résection de l'articulation métacarpo-phalangienne.

M. Lannelongue est de l'avis de M. Tillaux et pense qu'une opération serait ici déplacée.

M. Lucas-Championnière préfère la résection de l'articulation; car on obtient ainsi de nouvelles surfaces articulaires qui, au bout de peu de temps, remplacent admirablement les anciennes. Il suffit de faire exécuter souvent des mouvements au pouce pour obtenir une guérison complète.

— M. Routier présente un utérus dont la muqueuse était cancéreuse, mais dont le col était absolument sain et pour lequel il a pratiqué l'hystérectomie vaginale.

— La séance est levée à cinq heures. — E. V.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre 1887.

Sommaire : *Vergetures et macules atrophiques. — Traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx. — Tachycardie dans l'adénopathie trachéo-bronchique et la coqueluche. — Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'utérus.*

M. Balzer prend occasion du procès-verbal pour présenter une malade dont il a rapporté l'observation dans la précédente séance; cette femme porte sur la peau des lésions que M. Balzer a appelées vergetures consécutives à des syphilides secondaires. Le présentateur montre en même temps un moulage emprunté au musée de l'hôpital Saint-Louis et qui figure une lésion semblable. M. Fournier, qui a fait exécuter cette pièce d'après un cas observé antérieurement, appelle la lésion *atrophie interstitielle* de la peau. M. Balzer se rallierait à cette dénomination, mais il faudrait avant de le faire avoir la preuve histologique de cette atrophie. Il se croit autorisé jusqu'à plus ample informé à conserver l'expression de vergetures, terme clinique, dénomination d'attente qui ne préjuge rien quant à la lésion histologique, et qui rappelle deux caractères objectifs macroscopiques, le plissement de la peau et la sensation de cupule, de dépression perçue par le doigt au niveau de la lésion.

M. Féréol déclare que la majorité des membres de la Société paraît ne pas accepter l'opinion de M. Balzer. La plupart des lésions qu'on voit sur la malade et sur le moulage sont plutôt des saillies légères que des dépressions. On peut appeler ces lésions comme on voudra, mais non les assimiler à des vergetures. Elles ne sont d'ailleurs pas si exceptionnelles que semble le penser M. Balzer. M. Féréol se souvient d'en avoir rencontré plusieurs cas.

M. Balzer affirme que cette lésion est rare; il n'en a vu que deux cas en deux ans à Lourcine. MM. Fournier et Besnier consultés par lui considèrent aussi les faits de ce genre comme des raretés.

— M. Féréol présente à la Société les excuses de M. Hering (de Varsovie) qui, inscrit pour prendre la parole dans la précédente séance sur sa méthode de guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx par le raclage, s'est vu empêché de venir. La méthode de M. Hering, que ce savant étudie depuis dix-huit ans, est digne de toute attention; dans un cas, elle a procuré à un tuberculeux une survie de neuf ans.

— M. Merklen rappelle que, dès 1780, Lalouette avait signalé l'accélération du pouls comme symptôme de certaines dégénérescences du médiastin. MM. Rilliet et Barthez, Gueneau de Mussy surtout l'ont citée aussi dans l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Ce dernier a spécifié la lenteur du pouls on son accélération, suivant qu'il existe une compression légère ou intense du pneumogastrique, excitant ce nerf dans le premier cas, le paralysant dans le second.

Voici un fait de tachycardie de cet ordre observé par M. Merklen, à l'hôpital Saint-Antoine. Un jeune homme de 18 ans, sans autres antécédents qu'un rhumatisme articulaire aigu ancien, entre pour des accidents dyspnéiques et des palpitations. Depuis huit jours, il a de l'anorexie, de l'insomnie, une soif vive. Son aspect est celui d'un cardiaque en asystolie avancée : pouls petit, rapide, incomptable, 160 battements du cœur par minute, réguliers, sans souffle, congestion du foie et de la rate, stase jugulaire. On émet l'hypothèse d'une névrose du cœur chez un surmené, sorte de maladie de Basedow fruste. Les médicaments cardiaques échouent, la spartéine aussi bien que la digitaline. Une syncope enlève le malade.

A l'autopsie, outre un gros foie, une grosse rate et des reins congestionnés, on trouve un cœur dilaté, dont les cavités droites sont pleines de caillots; l'endocarde est sain.

Quelques adhérences pleurales. Pas de tuberculose pulmonaire; mais une pléiade de ganglions tuberculeux entoure la bronche droite, et remonte le long de la trachée jusqu'à la partie inférieure du larynx. En un point, une masse ganglionnaire épaisse de 4 centimètres englobe le pneumogastrique et ses filets cardiaques, les comprime et a dû en les paralysant produire l'accélération des battements du cœur, qui a conduit le malade à l'asystolie.

Certains auteurs ont admis deux formes de tachycardie, l'une intermittente et paroxystique, survenant chez des sujets anémiques et dyspeptiques et accompagnée de crises dyspnéiques; l'autre permanente, causée par une lésion des noyaux bulbaires du pneumogastrique, ou à une compression du nerf par une tumeur. M. Merklen croit que cette distinction est un peu arbitraire.

Il compare le fait précédent à la tachycardie observée dans la coqueluche. Il cite un cas de coqueluche où le pouls était très rapide sans complication pulmonaire, l'état fébrile intense et tenace, et où l'examen stéthoscopique décélait une adénopathie trachéo-brochique droite. La fièvre n'est pas rare dans la coqueluche, par le fait seul de la maladie et sans complication pulmonaire; Trousseau, Roger l'ont dit; il est habituel de constater une dissociation du pouls qui bat 130 à 140, alors que la température est peu élevée; le pouls monte à 160, 180, si une bronchio-pneumonie se déclare. M. Roger a vu, en pleine convalescence, le pouls se maintenir à 150 et 160. Hénoch, qui a observé aussi l'accélération du pouls, l'attribue à un affaiblissement du cœur.

M. Merklen conclut que l'adénopathie bronchique tuberculeuse ou coqueluchiale peut, en comprimant la pneumo-gastrique, déterminer la tachycardie, et que les médicaments cardiaques ne réussissent pas en pareil cas à modifier ce symptôme.

M. Barié cite le cas d'un homme de 60 ans qui, atteint d'un cancer primitif de la plèvre avec épanchement pleural et péricardite, présentait une tachycardie remarquable. M. Barié avait d'abord attribué ce symptôme au refoulement du cœur par l'abondant épanchement pleural. Mais la thoracentèse ne modifia pas les choses, et, à l'autopsie, on trouva deux ganglions qui, quoique médiocrement volumineux, enserraient le pneumogastrique gauche et l'incurvaient.

M. Rendu se rappelle un cas de cancer primitif de l'œsophage où les ganglions du médiastin envahis comprimaient le pneumo-gastrique; on nota, outre des crises de dyspnée paroxystique, la petitesse et la rapidité du pouls; la mort survint par syncope. Il est regrettable que, dans la première observation de M. Merklen, l'examen histologique du nerf comprimé n'ait pas été fait pour vérifier s'il y avait une névrite. On voit fréquemment des enfants présentant tous les caractères classiques d'une adénopathie bronchique et dont le pouls reste correct. M. Rendu cite une fillette qui, après la rougeole, conserva, outre une toux coqueluchoïde, de la matité aux lieux d'élection de l'adénopathie bronchique, et un souffle systolique au foyer aortique causé par la compression de l'aorte par un ganglion préaortique tuméfié; cette malade n'avait pas de tachycardie.

M. Merklen ajoute que la compression ganglionnaire doit être énergique pour paralyser la pneumo-gastrique; dans le cas qu'il a rapporté, la compression était indéniable; on ne put retrouver les filets cardiaques du nerf vague, tant ils étaient emprisonnés dans la masse ganglionnaire.

M. A. Petit, rédacteur des Bulletins de la Société, lit une communication sur un cas d'adénopathie sus-claviculaire gauche dans un cancer de l'utérus. Ce fait est le second qui ait été observé; M. Raymond en a signalé un à la Société. Précédemment, MM. Troisier et Millard avaient cité cette adénopathie dans le cancer de l'estomac. — P. L. G.

FORMULAIRE

Traitement de l'orgeolet. — Charvot.

Au début, on peut essayer de faire avorter l'orgeolet par de légères cautérisations

avec un crayon de nitrate d'argent, ou bien à l'aide d'un pinceau trempé dans de la teinture d'iode. Lorsqu'il est en pleine période inflammatoire, on doit se borner à l'application de quelques cataplasmes de fécule ou de compresses tièdes, que l'on remplace de temps en temps, par de légères onctions avec de l'huile d'amandes. Si le bourbillon tarde à s'éliminer, on débride avec le couteau à cataracte. — Pour éviter les récidives, on débarrasse avec soin le bord libre des paupières des débris épidermiques et des cils malades, par des lavages et des épilations répétées. On prescrit des collyres légèrement astringents (sulfate de zinc, nitrate d'argent) et des onctions avec des pommades au précipité jaune ou rouge. On fait porter au dehors des lunettes fumées. Dans le cas d'une diathèse à combattre, on donne comme traitement général, les alcalins, ou bien la médication arsénicale. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Choléra. — A *Rome*, l'épidémie à frappé 27 personnes du 10 au 19 octobre et a fait 5 victimes. Ces derniers résultats portent le total des cas à 515, dont 204 décès.

A *Messine*, d'après la *Tribuna*, du 12 au 15, on signale encore 23 cas et 5 morts, ce qu donne un total pour cette ville de 2,298 cas, dont 939 décès.

A *Catane*, on annonce encore quelques atteintes du mal.

A *Bombay*, le choléra a fait 14 victimes pendant la semaine qui a pris fin le 20 septembre.

— Pendant le mois d'octobre la diphthérie et le croup ont causé dans les grandes villes du monde le nombre des décès suivants :

Moscou 38, Baltimore 27, Brooklyn 79, Chicago 95, Minneapolis 34, Montréal 28, New-York 125, Saint-Louis 72, Berlin 103, Breslau 43, Francfort 26, Nuremberg 19, Dresde 23 Hambourg 36, etc.

Pour la scarlatine on compte à Berlin 20 décès, Moscou 14, Chicago 23, New-York 21.

Signalons enfin pour le typhus pétéchial à Moscou 7 décès, Alexandrie 4, Lisbonne 1, Leipzig 1. — Ch. S.

COURRIER

Le concours pour la nomination à trente-cinq places de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris s'est ouvert le lundi 7 novembre. Le nombre des candidats qui se sont présentés a été de 76 au lieu de 90 inscrits. Le sujet de la première épreuve (composition écrite) a été : « De la délivrance artificielle et de la conduite à tenir dans les différents cas. »

Faculté de médecine de Paris. — Les commissions des prix à décerner pour l'année scolaire 1886-1887, viennent d'être formées ainsi qu'il suit :

Prix Barbier. — Président : M. Panas ; membres : MM. Duplay, Tarnier, Lannelongue et Gariel ; suppléants : MM. Regnault et Le Fort.

Prix Chateauvillard. — Président : M. Ball ; membres : MM. Dieulafoy, Guyon, Laboulbène et Charles Richet ; suppléants : MM. Bouchard et Fournier.

Prix Corvisart. — Président : M. Germain Sée ; membres : MM. Damaschino, Peter, Jaccoud et Potain ; suppléants : MM. Charcot et Lannelongue.

Prix Jeunesse (Histologie). — Président : M. Charcot ; membres : MM. Cornil, Grancher Hayem et Mathias-Duval ; suppléants : MM. Damaschino et Proust.

Prix Jeunesse (Hygiène). — Président : M. Brouardel ; membres : MM. Damaschino, Gautier, Proust et Tarnier ; suppléants : MM. Dieulafoy et Hayem.

Prix des thèses. — Président : M. Germain Sée ; membres : MM. Ball, Dieulafoy, Laboulbène, Le Fort, Mathias-Duval, Peter, Tarnier et Trélat ; suppléants : MM. Cornil et Gariel.

École de médecine d'Angers. — M. le docteur Charier est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Le ministre de la guerre a décidé que la convocation des engagés conditionnels, étudiants en médecine et en pharmacie, régulièrement inscrits pour recevoir l'application des dispositions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, sera ajournée.

En conséquence, les jeunes gens appartenant à cette catégorie recevront ultérieurement, conformément au paragraphe 7 de ladite circulaire, des ordres d'appel individuels, par les soins des commandants de recrutement.

Ceux qui auront pu déjà leur être adressés seront considérés comme annulés.

— Le ministre du commerce vient de décerner une médaille d'or à « l'École dentaire de Paris », ouverte en 1879 et dirigée par M. le docteur Th. David.

— M. le docteur Lacombe est nommé médecin-adjoint au lycée de Périgueux, en remplacement de M. le docteur Parrot, appelé à d'autres fonctions.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Léger, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

— Le professeur B. Ball a commencé son cours clinique des maladies mentales, le dimanche 13 novembre à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis 1, amphithéâtre de la clinique.

— Le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres) reprendra ses leçons cliniques le jeudi 24 novembre, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 16 novembre, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

— Le docteur Verrier, ancien préparateur à la Faculté de médecine, auteur du Manuel pratique de l'Art des accouchements, recommencera son cours de maladies des femmes le jeudi 17 novembre, à cinq heures du soir, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, amphithéâtre n° 1. Il le continuera tous les jeudis à la même heure.

M. Verrier parlera cette année de la métrite chronique et de ses divers traitements.

Les sages-femmes sont admises à ce cours.

Exercice illégal de l'art des accouchements. — Brosse (Marie), veuve Tollet, pour avoir à Rive-de-Gier pratiqué l'art de l'accouchement envers 13 femmes, a été condamnée à 13 francs d'amende par le tribunal correctionnel de Saint-Étienne, dans son audience du 23 juin 1887. Cela représente, si nous sommes bon calculateur, 1 francs par délit. Avis à ceux ou celles qui voudraient s'en passer la fantaisie ! (*Loire médicale*).

Musé anatomique forain. — Le gouvernement prussien vient de décider qu'à partir de l'année 1888 il refuserait de délivrer la patente des professions ambulantes aux entrepreneurs de soi-disant musées anatomo-pathologiques, cabinets de figures de cire et autres établissements semblables. Sera interdite toute exhibition de reproductions de l'appareil de la génération chez l'homme, du travail de l'accouchement, de représentation de maladies sexuelles, de « nudités excitantes » et, plus généralement, de tout spectacle blessant le sentiment de la pudeur. Jusqu'au jour où ces dispositions deviendront obligatoires, c'est-à-dire jusqu'à la fin de cette année, les autorités locales de police devront veiller à ce que ces exhibitions n'aient lieux que dans les locaux exclusivement réservés aux hommes adultes. (*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Fonctionnement de deux nouvelles maternités de Paris et des petits services d'accouchements de la province.

Dans un mémoire lu à la Société de médecine publique, dans la séance du 27 avril 1887, M. le docteur Pinard a exposé les résultats obtenus dans son service depuis son installation.

Dans la même séance, M. le docteur Napias a donné la description de l'état de malpropreté et du délaissement dans lequel se trouvaient plusieurs maternités de la province.

Dans la séance suivante, M. le docteur Budin a communiqué à son tour les statistiques de son service.

Il m'a paru intéressant de réunir ces trois mémoires et d'en faire part aux lecteurs de l'*Union;* on en peut tirer un fructueux enseignement.

Je commence par la maternité de Lariboisière, service du docteur Pinard. Au moment de la prise de possession, le service se composait d'une grande salle, dite salle Sainte-Anne, et d'une petite salle dite salle de travail, située à l'extrémité de la grande.

Ces salles ne sont pas isolées du reste de l'hôpital. Elles occupent le deuxième étage d'un pavillon dont le rez-de-chaussée et le premier sont occupés par des salles de malades (médecine) qui s'ouvrent sur l'escalier commun aux trois étages.

La grande salle contenait 28 lits; la salle de travail, 2 lits. La grande salle s'ouvrait directement sur l'escalier. Deux espaces carrés avaient été entourés de cloisons à l'extrémité opposée. L'une de ces deux pièces servait au nettoyage des enfants, l'autre était la chambre de l'infirmière. Les lits étaient en fer, et munis d'un sommier tout en fer, mais ils avaient des rideaux. Les berceaux et les fenêtres en étaient également garnis. Les tables de nuit étaient en bois.

On pouvait modifier bien des choses; on ne pouvait pas atteindre la perfection absolue. Le docteur Siredey, ancien chef du service, l'un des premiers et des plus convaincus parmi les défenseurs de la doctrine de la contagion, avait déjà pris diverses mesures pour améliorer l'état des choses. Les modifications suivantes furent faites dans le courant de l'année 1883, sous la direction du docteur Pinard.

La salle Sainte-Anne fut isolée de l'escalier par un grand palier vitré, sorte d'antichambre où fut placé à demeure un pulvérisateur d'eau phéniquée, des lavabos et des réservoirs contenant des liquides antiseptiques.

La salle de change et la chambre d'infirmière furent agrandies. Celle-ci reçut deux nourrices et leurs enfants, celle-là fut pourvue d'une baignoire fixe pour les enfants des accouchées et d'un chauffe-linge. La grande salle en fut un peu réduite, mais conserva ses 28 lits. Dans la salle de travail, un troisième lit fut placé.

Les rideaux furent partout supprimés. Les tables de nuit en fer prirent la place des tables de bois. Des stores extérieurs remplacèrent les rideaux des fenêtres. Balais et plumeaux disparurent. On lave le parquet une fois

tous les jours au moins, et les murs une fois tous les trois mois environ. La salle de travail est lavée au moins deux fois par jour.

Enfin, au commencement de 1885, on organisa un service d'isolement composé de quatre chambres avec un seul lit par chambre et le mobilier précédemment décrit, qui est celui du pavillon Tarnier à la Maternité. Personnel spécial exclusivement attaché à ce service, qui est situé dans le corps de bâtiment où loge une partie des serviteurs de l'hôpital.

Le linge du service est blanchi à part, mais il n'est pas porté à l'étuve, et les infirmières prennent leurs repas dans les salles communes aux infirmières de tout l'hôpital et couchent dans les mêmes dortoirs.

Tels sont les perfectionnements apportés à l'installation du service dit interne. Evidemment, l'ennemi restait aux portes. Il fallait une surveillance de tous les instants pour l'empêcher d'entrer dans la place. Comme on le verra, grâce précisément à cette surveillance, les résultats ont toujours été en s'améliorant.

A côté du service interne, l'Assistance publique avait décidé la création d'un service externe.

Le service externe se compose de chambres situées dans les appartements de sages-femmes demeurant aussi près que possible de l'hôpital. Ce sont les sages-femmes agréées par l'administration de l'Assistance publique.

Avant de nommer une sage-femme agréée, l'Administration envoie un architecte qui lève le plan de l'appartement. Le directeur de l'hôpital et le chef de service vont visiter l'installation complète de la sage-femme. D'après leurs rapports, l'Administration nomme ou ne nomme pas.

Quand la nomination a lieu, les chambres appartiennent à l'Assistance, et sous aucun prétexte la sage-femme ne peut s'en servir pour placer des pensionnaires autres que celles qui sont envoyées par l'Assistance.

Chaque sage-femme ne peut recevoir plus de trois femmes à la fois. A Lariboisière, le nombre de lits a été fixé de façon que, par mois, chaque lit serve à deux femmes.

Le personnel du service général, interne et externe, comprend : un chef de service, un interne, trois sages-femmes demeurant à l'hôpital, une surveillante, deux infirmières de jour, deux infirmières de nuit, deux nourrices, un infirmier, deux infirmières pour les chambres d'isolement, et vingt-deux sages-femmes agréées pour le service externe.

Du fonctionnement. — A. *Service interne.* — Le service interne ne reçoit que des femmes en travail ou des femmes enceintes atteintes d'accidents ou présentant des cas de dystocie.

Toute femme se présentant est examinée par le personnel du service exclusivement. Les internes des autres services de l'hôpital n'examinent aucune femme. Il y a toujours la nuit une sage-femme de garde.

Toute femme chez laquelle rien d'anormal n'est constaté, et dont l'accouchement n'est pas imminent, est conduite chez une sage-femme agréée.

Toute femme chez laquelle existe une tare quelconque est conservée dans le service interne. Sont également gardées celles qui arrivent à une période trop avancée du travail pour être transportées au dehors.

Toute femme qui arrive du dehors en travail, et chez laquelle des manœuvres ont été tentées, est considérée comme suspecte et placée, depuis 1885, dans le service d'isolement.

Voici les soins hygiéniques que les femmes qui accouchent dans le service reçoivent depuis leur entrée jusqu'à leur sortie. Au moment de leur admission, un grand bain, si faire se peut, et, dans tous les cas, une irrigation vaginale avec un liquide antiseptique, à moins que l'accouchement ne se fasse immédiatement après l'entrée. Aussitôt après la délivrance, une nouvelle irrigation vaginale, et l'application sur la vulve de compresses trempées dans un liquide antiseptique; puis, une heure environ après l'accouchement, transport de la parturiente de la salle de travail dans la salle des accouchées, où, pendant toute la durée du séjour, la toilette des organes génitaux est faite trois fois par jour, et les compresses changées aussi souvent.

Chaque femme a deux bassins qui ne servent qu'à elle, et qui sont numérotés, l'un, en faïence, pour les fonctions; l'autre, en tôle émaillée, pour les toilettes.

Le liquide antiseptique a été, de novembre 1881 à juin 1884, une solution phéniquée au 1/100e aromatisée à l'essence de thym. Ce liquide n'est plus employé que chez les albuminuriques. Depuis le mois de juin 1884 jusqu'en 1885, le liquide employé a été la solution de bi-iodure de mercure contenant pour 1,000 grammes d'eau, 50 centigr. de bi-iodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de potassium. Depuis 1885, la dose de bi-iodure fut abaissée à 25 centigr. par litre.

Le corps gras employé pour les explorations et les opérations est de la vaseline phéniquée au 1/100e.

De 1882 à 1885, les instruments étaient trempés dans un liquide antiseptique avant qu'on n'en fît usage. Depuis 1885, ils sont flambés, même les sondes pour le cathétérisme vésical.

Toute personne qui pratique une exploration interne ne le fait jamais sans s'être, immédiatement avant, lavé les mains avec la solution antiseptique.

Le personnel officiel a des habits de toile changés tous les jours; les élèves, en entrant, se lavent les mains, mettent un tablier propre et des manchettes fermées.

Le docteur Pinard ne fait que mentionner les soins particuliers pour les cas spéciaux qui ne relèvent plus de l'hygiène, mais de la médecine.

Dès qu'une femme accouchée dans le service présente des suites pathologiques et devient un danger pour les autres, on la transporte dans un service de médecine.

Après le départ d'une femme, toute la literie est renouvelée. Le lit est lavé, ainsi que tout le mobilier.

B. *Service externe.* — Chaque femme allant chez une sage-femme emporte avec elle non seulement la layette de son futur enfant, mais aussi un litre de solution antiseptique concentrée fournie par l'hôpital. Quant le litre ne suffit pas, l'administration en fournit d'autres.

Chez les sages-femmes, les parturientes reçoivent ou, du moins, doivent recevoir les mêmes soins que dans le service interne.

Toute femme se portant bien quitte la sage-femme le dixième jour après son accouchement, et est ramenée dans le service interne, où elle est examinée elle et son enfant. Toute femme malade, sur l'avis du chef de service qui visite toutes les femmes, ou bien séjourne quelques jours de plus chez les sages-femmes aux frais de l'Administration, ou bien est transportée dans un service de médecine.

Tel est le fonctionnement du service interne et du service externe. Voici les résultats observés :

Du 1er *novembre* 1882 *au* 1er *janvier* 1884, la mortalité a été de 13 dans le service interne, de 1 dans le service externe, sur 2,059 accouchements.

Ces chiffres comprennent la mortalité totale, aussi bien les cas de mort survenus deux mois après l'accouchement et dans un autre service que les cas de mort survenus quelques instants après l'entrée dans le service.

De plus, sur 13 décès survenus dans le service interne, 1 est dû à une congestion pulmonaire aiguë; les 12 autres sont des cas de septicémie, mais 5 femmes avaient été apportées à l'hôpital infectées.

Le seul décès du service externe a été causé par la septicémie.

Du 1er *janvier* 1884 *au* 1er *janvier* 1885, la mortalité a été de 17 dans le service interne et de 3 dans le service externe, sur 1,885 accouchements.

Sur les 17 décès du service interne, 7 sont dus à la septicémie; 4 de ces femmes sont venues à l'hôpital infectées.

Les 3 morts du service externe ont été causées par la septicémie.

Du 1er *janvier* 1885 *au* 1er *janvier* 1886, la mortalité a été, dans le service interne, de 15; dans le service externe, de 5, sur 2,069 accouchements.

Sur les 15 décès du service interne, 6 sont dus à la septicémie. *Une seule fois,* l'infection a été contractée dans le service.

Dans le service externe, l'hémorrhagie a causé 1 décès; la septicémie les 4 autres.

Du 1er *janvier* 1886 *au* 1er *janvier* 1887, la mortalité a été, dans le service interne, de 9; dans le service externe, de 6, sur 2,123 accouchements.

Sur les 9 décès du service interne, 4 ont été causés par la septicémie. *Une seule fois peut-être,* l'infection a été contractée à l'hôpital. La femme sortait d'un service de médecine.

Dans le service externe, 1 femme est morte d'hémorrhagie et 5 de septicémie.

En résumé, si l'on sépare la mortalité causée par infection de la mortalité générale, et, parmi les cas de septicémie, ceux contractés dans le service et ceux contractés au dehors, on voit qu'il y a eu dans le service interne 12 cas sur 2,922 accouchements, et, dans le service externe, 13 cas sur 5,214 accouchements. De plus, la septicémie a progressivement diminué dans le service interne et augmenté dans le service externe, où la surveillance est nécessairement moins active. Voilà qui démontre les bienfaits de l'antisepsie rigoureuse : l'hôpital, malgré sa salle commune, malgré le voisinage des services de médecine, malgré la cohabitation et les rapports incessants des infirmiers entre eux, offre plus de sécurité qu'une chambre particulière chez une sage-femme isolée de tout foyer contagieux.

Pendant l'année 1883, dans le service interne, les rideaux des fenêtres furent enlevés et le parquet de la salle fut remis à neuf. Les travaux durèrent deux mois. Les lits étaient couverts de poussière, et, pendant ce temps, presque toutes les femmes avaient de la fièvre. A ce moment, 4 femmes prises d'accidents graves moururent.

Cent cinquante opérations ont eté pratiquées dans le service de Lariboisière depuis deux ans, sans qu'une seule femme ait succombé, et le dernier décès par septicémie contractée dans le service date du 13 décembre 1885.

De tels résultats parlent assez éloquemment pour rendre superflu tout commentaire.

Le service d'accouchement de la Charité, dirigé par M. Budin, est comme

un diminutif de celui du docteur Pinard. Il se compose de deux parties : le service interne, le service externe. Celui-ci ne comprend que 8 lits. Le service interne en a 18, et, au besoin, 20, sans compter 3 chambres d'isolement. Les mêmes précautions antiseptiques sont prises. Les solutions employées sont le sublimé (Tarnier) à 1/2000e, 1/3000e, 1/4000e; suivant les cas, l'acide phénique, l'acide borique et l'iodoforme.

En 1883, la mortalité a été de 3 sur 455 accouchements. Sur les 3 décès, 2 ont été causés par l'infection contractée dans le service interne.

En 1884, la mortalité a été de 7 sur 549 accouchements. Sur les 7 décès, 5 ont été causés par l'infection, 2 femmes ont été apportées du dehors infectées, 1 a contracté la septicémie dans le service interne, 2 dans le service externe.

En 1885, la mortalité a été de 7 sur 580 accouchements. Sur les 7 décès, 3 ont été causés par infection, 1 femme est venue à l'hôpital infectée, 1 autre a contracté la maladie dans le service interne et 1 dans le service externe.

En 1886, la mortalité a été de 9 sur 532 accouchements. Sur ces 9 décès, 3 sont dus à l'infection, 2 femmes l'apportèrent de dehors dans le service interne, 1 dans le service externe. Dans aucun cas, le mal ne fut contracté dans le service interne.

Je donne, dans les lignes qui suivent, le nombre des accouchements faits dans chaque période statistique et dans les deux services de Lariboisière et de la Charité, et j'y ajoute le taux de la mortalité par infection contractée soit à l'hôpital, soit chez les sages-femmes.

LARIBOISIÈRE. (Docteur Pinard.) — 1er novembre 1882 au 1er janvier 1884. 2,059 accouchement; 8 cas; mortalité, 0,388 p. 100.

1884. 1,885 accouchements; 6 cas; mortalité, 0,318 p. 100.

1885. 2,069 accouchements; 5 cas; mortalité, 0,241 p. 100.

1886. 2,123 accouchements; 6 cas; mortalité, 0,282 p. 100.

CHARITÉ. (Docteur Budin). — 1883. 455 accouchements; 2 cas; mortalité, 0,439 p. 100.

1884. 549 accouchements; 3 cas; mortalité, 0,546 p. 100.

1885. 580 accouchements; 2 cas; mortalité, 0,344 p. 100.

1886. 532 accouchements; 1 cas; mortalité, 0,189 p. 100.

Je note pour terminer que, dans le service du docteur Budin comme dans celui du docteur Pinard, l'infection contractée *in situ* tend à disparaître de l'hôpital (service interne) et à se maintenir chez les sages-femmes (service externe). Enfin je rappelle le nombre des opérations pratiquées à l'hôpital : 141 environ dans le service de M. Budin, et 313 dans le service de M. Pinard.

Dans une note sur les conditions d'insalubrité des maternités de quelques hôpitaux de province, le docteur Napias a fait les révélations suivantes :

A V..., au bout d'une salle où s'entassent les malades femmes (quoique la place ne manque pas, mais on a voulu simplifier le service), il existe deux petites chambres à deux lits destinées aux accouchements. L'une devrait être réservée au travail, l'autre aux soins consécutifs. On a préféré mettre dans une de ces chambres deux vieilles gâteuses, et une odeur infecte envahit l'unique pièce à deux lits destinée aux accouchements et suites de couches. De plus, il n'y a pour les femmes enceintes que des

paillasses rarement renouvelées; tandis que, dans le reste de l'hôpital, il y a des lits munis de sommiers.

A L..., la maternité est dans une salle basse, au rez-de-chaussée, sur terre-plein moitié cave, moitié casemate. Trois lits, dont un pour l'infirmière au bout de cette salle, qui est éclairée et purifiée par une porte et deux étroites fenêtres placées toutes trois du même côté, à l'extrémité opposée aux lits.

A B..., auprès d'un logis insalubre destiné aux femmes en couches, il y a un bâtiment à simple rez-de-chaussée, sorte de geôle réservée aux prostituées du dispensaire. Une seule et même infirmière, malpropre, va d'un bâtiment à l'autre, pansant les chancres et faisant la toilette des accouchées et des nouveau-nés.

A A..., on retrouve cette promiscuité des femmes en couches et des vénériennes du dispensaire. Il est étonnant, dit le docteur Napias, qu'avec les épidémies puerpérales qu'on y a observées, et qui ont nécessité, il y a deux ans, la fermeture de la maternité, on n'ait pas signalé la transmission d'affections syphilitiques.

Il ajoute que ces faits démontrent le délaissement des services de femmes en couches dans certains hospices de province, surtout dans les plus petits. S'il y a quelque rez-de-chaussée obscur et humide, sans autre emploi possible, on le réserve pour les accouchements. Très souvent la partie de l'hôpital qui leur est consacrée ne s'appelle pas maternité : cela s'appelle la GÉSINE, mot qui, depuis La Fontaine, ne s'applique qu'aux animaux. Le plus vieux mobilier, le plus infecté et le plus infectable : anciens lits en bois vermoulus, paillasses hors de services, matelas hors d'usage, tout est bon pour les femmes en couches.

C'est ce que le docteur Napias a rencontré à P...-A..., à C..., à P..., à Saint-C..., à E..., dans un hôpital bien tenu où l'état de dégradation de la *gésine* avec ses lambeaux de papier de tenture tremblant dans leur châssis de toile contraste avec la bonne tenue du reste de l'établissement.

A P... on a, depuis longtemps, amélioré le service d'accouchement, en ayant deux salles : l'une pour le travail, l'autre pour les soins consécutifs, mais, comme ces salles sont éloignées l'une de l'autre, et comme les moyens de transport font défaut, les accouchées marchent aussitôt après l'accouchement de l'une à l'autre salle.

Les causes de cet état de choses, dit le docteur Napias, sont multiples. Il convient d'abord de constater que le personnel médical n'a qu'une part trop restreinte et même presque nulle dans l'administration hospitalière. Les membres des commissions ne sont pas suffisamment éclairés sur les questions d'hygiène, et il faut avouer, quoi qu'il en coûte, que les médecins se désintéressent trop souvent, eux-mêmes, de ces questions. Enfin, le personnel de surveillance est insuffisamment instruit. Or, le choix d'un personnel intelligent est indispensable à l'application des mesures d'hygiène.

Il serait difficile pour les petits établissements de dire quelle mortalité est la conséquence de la mauvaise tenue des services; la statistique est absente. On répond généralement à ceux qui s'informent qu'il ne meurt qu'une personne tous les deux ou trois ans ; mais, quand on apprend que le nombre des accouchements est de 7 ou 8 par an, on trouve que la mortalité est de 4 à 6 p. 100; elle peut être moindre pendant quelques années et s'élever tout d'un coup au double. C'est pourquoi il faut, dans les plus petits

hôpitaux, des maternités saines, hygiéniquement construites. L'accouchement est un acte physiologique et ne doit pas devenir une maladie trop souvent mortelle.

Le docteur Napias, qui avait pris la parole devant la Société de médecine publique, après la communication du docteur Pinard, disait que ce dernier avait montré ce qu'on peut économiser d'existences par une sage entente des règles de l'hygiène, et exprimait le vœu que d'autres collègues vinssent dire ce qu'ils avaient tenté dans leurs services d'accouchements et les résultats obtenus.

M. Budin, comme nous l'avons dit, a répondu à cet appel dans la séance suivante. Il est désirable que d'autres suivent cet exemple, et que l'on sache ce que l'Assistance publique de Paris et les accoucheurs des hôpitaux ont fait pour les femmes en couches depuis quelques années. Il est tout à fait urgent que les *gésines* de la province se transforment en *maternités*, et, pour cela, il ne suffit pas du bon vouloir de l'administration et des commissions, il faut aussi que les médecins ne se désintéressent pas de la question des accouchements. C'est le principe de la vie humaine, et dans un pays comme le nôtre, où la natalité diminue, c'est encore un des meilleurs moyens d'empêcher la population de décroître, que de mettre les femmes productives à l'abri de la maladie et de la mort.

H. Stapfer.

CORRESPONDANCE

A propos du corps de santé militaire.

Mon cher rédacteur en chef et ami,

En lisant ces jours derniers les articles parus sur *le concours du Val-de-Grâce* écrits par « un ancien médecin militaire », je me rappelais cette pensée de La Bruyère : « On peut hasarder dans tout genre d'ouvrage d'y mettre le bon et le mauvais ; le bon plaît aux uns et le mauvais aux autres; l'on ne risque guère davantage d'y mettre le pire; il a ses partisans », et je me disais que la passion a quand même du bon, puisqu'elle force l'attention du plus grand nombre. Mais, pendant que je me disais cela, je ne pensais pas que quelques camarades, se rappelant que j'avais parfois écrit dans votre journal des articles sur la médecine militaire, pourraient m'attribuer la paternité de ceux-ci. Ayant appris depuis que cela était, je viens vous prier de réserver une place à cette lettre dans votre plus prochain numéro, afin qu'il n'y ait de doute pour personne.

Connaissant depuis longtemps vos sentiments d'estime pour le corps de santé militaire et sachant bien que vous n'avez été poussé par aucun sentiment d'hostilité personnelle ou autre, je ne doute pas que vous n'accédiez immédiatement à ma demande ; d'autant mieux que lesdits articles, ayant lestement franchi l'enceinte réservée aux publications médicales, ont eu de l'écho dans plusieurs journaux politiques et que dès lors il est utile d'y répondre à la place même où ils ont vu le jour.

J'avoue qu'ancien médecin militaire, si je crois comprendre le but et le mobile de l'auteur, je ne partage ni ses opinions, ni surtout le bien fondé et l'opportunité de certaines critiques à l'adresse de nos confrères et de nos camarades de l'armée, que j'ai toujours vus, ou du moins à de très rares exceptions près, à la hauteur de leur mission.

Les questions touchant de si près à la santé du soldat, c'est-à-dire à la santé de toute la jeunesse française, sont trop importantes pour qu'elles ne soient pas étudiées à fond, sans parti pris et avec le seul but de les résoudre dans un intérêt qu'on peut dire national. Je les étudierai successivement, mais aujourd'hui je répondrai seulement à

certaines assertions de votre collaborateur, et cela, ai-je besoin de le déclarer, sans esprit de parti, quel qu'il soit.

Je ne m'explique pas très bien comment « c'est avec la plus vive surprise que l'auteur apprend que deux des membres du jury pour le concours d'agrégation au Val-de-Grâce ne sont pas agrégés ». Pareille chose s'est toujours faite depuis l'époque où Michel Lévy obtint que l'intendant, jusqu'alors président du concours, fût remplacé par un médecin. Le où les médecins étrangers au Val-de-Grâce sont depuis lors appelés à siéger parmi les juges pour assurer l'indépendance du candidat vis-à-vis de l'esprit de coterie ou de petite église qu'on aurait pu imputer aux médecins du Val-de-Grâce, s'ils eussent seuls constitué le jury. Le Val-de-Grâce tenait autant que les candidats à cette garantie d'impartialité, librement consentie de part et d'autre, et je suis convaincu qu'il en est de même aujourd'hui. Je suis étonné qu'ancien médecin militaire, l'auteur ait oublié cela; qu'il ait oublié, en comparant le concours du Val-de-Grâce à ceux des Facultés, qu'il s'agissait de concours pour le professorat dans une Ecole militaire, et que, dès lors, il n'ait pas cherché ses comparaisons dans ce qui se passe dans les autres Ecoles militaires. Le Val-de-Grâce n'est pas une Faculté, c'est une Ecole d'application et de perfectionnement ouverte aux étudiants et aux docteurs en médecine destinés à devenir des médecins d'armée qui, après avoir terminé leurs études à la Faculté de médecine, apprennent ce qui est spécial aux fonctions de médecin militaire : épidémiologie et hygiène militaires, médecine légale au point de vue militaire, blessures de guerre, administration, devoir militaire. C'est précisément pour cela que les concours ont lieu dans les formes militaires, en tenant grand compte pourtant de l'élément scientifique, à juste titre considéré comme le plus important; c'est ainsi que, tandis qu'au concours de sortie de Saint-Cyr il y a dans le jury autant de juges externes que de professeurs, au concours de sortie du Val-de-Grâce il n'y a que deux juges externes parmi les juges appartenant au corps enseignant de l'Ecole.

En ce qui concerne le concours d'agrégation, le décret du 6 avril 1878, consacrant les errements antérieurs, porte que le jury sera composé d'un médecin inspecteur, président, et de quatre membres du jury désignés par le ministre sur la présentation du Conseil de santé. « Deux de ces jurés, dit le décret, seront pris parmi les professeurs de l'Ecole, et les deux autres parmi les médecins du grade de principal ou au moins du grade de médecin-major de 1re classe ». Plus j'y réfléchis, plus il me semble que c'est un ensemble de raisons, et non pas une seule raison en particulier, qui a décidé de la composition des jurys telle qu'elle a été établie par ce décret. Ainsi, n'y a-t-il pas utilité à ce que les médecins des régiments et hôpitaux soient renseignés par un des leurs sur la manière dont se passent les concours? N'y a-t-il pas utilité à témoigner aux médecins des hôpitaux et de régiments non attachés au Val-de-Grâce, de l'estime que professe pour eux le corps de santé aussi bien que le commandement?

Quant aux personnalités mises en avant, elles sont heureusement assez avantageusement connues dans l'armée pour n'avoir pas à craindre d'être atteintes par les critiques dirigées contre le système. Les deux juges externes sont des médecins militaires nommés au concours médecins des hôpitaux et qui l'un et l'autre n'en sont pas à faire leurs preuves ; et s'ils pouvaient redouter de « faire assez modeste figure à la place des candidats », ils pourraient se consoler en pensant que ces jours derniers M. Lavisse, un vrai maître, avouait dans une séance solennelle qu'il aurait peur de faire assez modeste figure à la place des candidats... au baccalauréat.

Ce que l'on pourrait demander, puisqu'il s'agit de faire représenter par les juges externes l'élément militaire autant que l'élément scientifique dans le jury, ce serait que le règlement imposât le choix de ces juges parmi les médecins principaux auxquels l'autorité de l'âge et du grade assurerait toute leur indépendance, et que l'un d'eux fût pris parmi les anciens agrégés.

Dans un prochain article, je reviendrai sur quelques autres points touchant l'organisation et les tendances actuelles du corps de santé militaire, et je le ferai, comme aujourd'hui, sans oublier que j'écris dans un journal qui a pour titre : L'*Union médicale*,

Veuillez agréer, etc.

Dr P. BOULOUMIÉ.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté, adressé par M. le docteur Henri Vergniaud, médecin de 1re classe de la marine, professeur à l'Ecole navale de Brest.

M. Marjolin présente, de la part de M. le docteur Albert Tartenson, un volume intitulé : *Traité clinique des fièvres larvées* (fièvres des marais).

M. Larrey présente le rapport sur les travaux du Conseil central de salubrité et des Conseils d'arrondissement du département du Nord pendant l'année 1886, adressé à M. le préfet du Nord, par M. le docteur J. Arnould, secrétaire général.

M. Mesnet offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Considérations générales sur les fausses rages.* Observation de délire aigu hydrophobique; hôpital Saint-Antoine (1872).

M. Léon Le Fort offre en hommage un exemplaire de la 9e édition du *Manuel de médecine opératoire*, de Malgaigne.

— M. le professeur Léon Dumas (de Montpellier) lit un travail intitulé : *Sur l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens.* Voici les conclusions de ce travail :

L'œdème des nouveau-nés, nettement distinct depuis Parrot du sclérème ou endurcissement du tissu cellulaire avec lequel on le confondait autrefois, offre la plus grande analogie avec la *phlegmatia alba dolens* au triple point de vue des symptômes, de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. Sous ce dernier rapport, un seul point faisait défaut; il est vrai que c'est le plus important. Il consiste dans la présence de la lésion fondamentale de la *phlegmatia*, c'est-à-dire de la thrombose veineuse que personne encore n'a signalée dans l'œdème du nouveau-né.

Guidé par ce qui précède, j'ai cherché et j'ai trouvé le thrombus des deux veines fémorales dans un cas d'œdème des nouveau-nés suivi de mort. Il y avait donc bien là *phlegmatia alba dolens.*

En attendant que de nouvelles observations viennent confirmer ce premier fait, peut-on en généraliser théoriquement la signification? Je le crois, en se fondant sur les considérations suivantes :

L'œdème atteint surtout les nouveau-nés chétifs dont l'enfant né avant terme est le type, ce qui permet de l'assimiler aux organismes cachectiques si prédisposés, on le sait, à la thrombose spontanée.

La respiration incomplète, conséquence de la débilité générale ou due à d'autres causes, entraîne un ralentissement de la circulation veineuse qui favorise encore la coagulation, particulièrement au niveau de la veine ombilicale qui ne se vide pas assez vite.

Enfin, la phlébite qui peut prendre naissance au niveau de l'anneau ombilical peut aussi être une cause directe de thrombose.

L'œdème des nouveau-nés ne serait donc, en pareil cas, qu'un des symptômes de la *phlegmatia alba dolens.*

S'il en est ainsi, deux conséquences s'imposent :

1° On doit appliquer à l'œdème du nouveau-né le traitement de la *phlegmatia* et insister notamment sur l'emploi de la chaleur sous la forme de la couveuse Tarnier; une minutieuse attention apportée à l'établissement de la respiration constituera un important moyen préventif;

2° On doit s'abstenir absolument des malaxations conseillées par tous les auteurs, parce qu'elles exposent à rompre un caillot et à produire une embolie.

— M. Hervieux communique à l'Académie une nouvelle note sur le phlegmon du ligament large. Il répondra aux critiques que M. Guérin a faites de ses observations et de celles de M. Bourdon, en faisant remarquer que ces observations sont la condamnation de la thèse soutenue par M. A. Guérin, d'abord parce qu'elles établissent la réalité du phlegmon du ligament large, en second lieu parce qu'elles mettent en lumière les différentes formes sous lesquelles ce phlegmon peut se produire : forme hypertrophique, infiltration purulente, collection purulente.

Si ces observations sont des faits complexes, cela tient à ce qu'ils sont relatifs à des femmes en couches atteintes de septicémie puerpérale, et chez lesquelles on observait en même temps phlébite, péritonite, phlegmon du ligament large, etc. Mais ces manifestations n'en conservaient pas moins leur caractère, et le phlegmon du ligament large ne cessait pas d'être le phlegmon du ligament large.

Du reste, la question n'est pas de savoir si le phlegmon du ligament large est primitif ou secondaire, simple ou complexe, cantonné ou non cantonné. La question pendante entre M. Guérin et M. Hervieux est celle de savoir s'il existe. Or, comment contester que des hommes aussi sérieux que Trousseau, Bourdon, Béhier, West, Bernutz, Siredey, aient vu dans l'épaisseur du ligament large ce qui, selon M. A. Guérin, aurait existé en dehors de ce ligament? Comment contester que le plastron, ce symptôme qui a été considéré comme le caractère pathognomonique du phlegmon du ligament large, appartienne à plusieurs affections, puisque M. A. Guérin l'a trouvé dans son phlegmon juxta-pubien?

A l'objection déduite par M. A. Guérin de la constitution des aponévroses du ligament large, M. Hervieux répond que ces aponévroses ne sont nullement une barrière à la formation du pus qui se produirait dans leur cavité, puisqu'elles sont attaquables par l'inflammation phegmoneuse qui les altère, les dénature et souvent même les détruit. Témoin leur conversion en foyer purulent, ou leur transformation en une masse fibroïde, cartilagineuse, criant sous le scalpel, au milieu de laquelle tous les éléments du ligament large sont confondus et méconnaissables.

M. Hervieux explique comment la religion de M. Guérin pour le plastron l'a conduit à discuter la cause du phlegmon du ligament large. M. Guérin ayant trouvé un jour un phlegmon juxta-pubien sur une femme qui avait présenté le plastron pendant sa vie, il en conclut que le phlegmon du ligament large devait être rayé du cadre nosologique et le phlegmon juxta-pubien mis à sa place.

Que le phlegmon juxta-pubien soit admis dans le cadre nosologique, rien de plus légitime, mais que ce phlegmon, qui ne fait que de naître et dont les origines ne sont pas très claires, se substitue au phlegmon du ligament large dont les titres sont bien autrement anciens et authentiques, c'est ce que ne saurait admettre M. Hervieux.

M. Alphonse Guérin déclare que, ne voulant pas éterniser cette discussion, il ne répondra que quelques mots à M. Hervieux. Entre son collègue et lui, l'entente est difficile, car ils ne parlent pas le même langage.

Les observations sur lesquelles M. Hervieux s'appuie pour soutenir l'existence des phlegmons des ligaments larges sont des faits de pelvi-péritonite et de maladies infectieuses; ils n'ont aucun rapport avec ceux qui ont servi à M. Alphonse Guérin pour sa description de l'adéno-phlegmon juxta-pubien.

Suivant M. Guérin, la plupart des observations publiées sous le titre de phlegmons du ligament large ne sont que des erreurs de diagnostic. M. Guérin ne nie pas que le ligament large ne puisse s'enflammer; ce qu'il n'admet pas, c'est que le tissu cellulaire du ligament large puisse donner naissance à un phlegmon venant s'accoler au pubis. Ces idées ont fait leur chemin; M. Guérin n'est pas seul de son avis, quoiqu'en dise M. Hervieux, et il lui revient de divers côtés que l'adéno-phlegmon juxta-pubien tend de plus en plus à se substituer au phlegmon du ligament large : M. Bernutz, dont on ne saurait récuser l'autorité; MM. Frarier, Merklen, etc., ont donné leur adhésion aux opinions professées par M. Guérin.

M. Hervieux pense que son contradicteur se trompe lorsqu'il croit que la charpente aponévrotique du ligament large ne peut se prêter au développement d'un abcès. Cett

aponévrose peut non seulement se distendre, mais encore s'altérer et même disparaître complètement; c'est de là que le phlegmon du ligament large prend naissance et peut se propager vers les parties voisines, à la fosse iliaque, au pubis, donnant naissance au symptôme désigné sous le nom de *plastron*.

M. Guérin n'a jamais dit qu'une aponévrose ne peut pas céder. Il est trop chirurgien pour cela. Il soutient seulement que l'espace circonscrit entre les aponévroses qui constituent le ligament large est trop peu considérable pour qu'un phlegmon puisse s'y développer.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Classement des candidats : Première ligne, M. Widal, à Alger; deuxième ligne, M. Mordret, au Mans; troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, M. Pitres, à Bordeaux, et M. Wannebroucq, à Lille; quatrième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, M. Leloir, à Lille, et M. Renaut, à Lyon.

Après deux tours de scrutin, M. Widal est élu par 45 voix, sur 69 votants.

M. Renaut est élu par 42 voix, sur 62 votants, également après deux tours de scrutin.

— M. Vallin donne lecture du rapport sur le concours du prix d'hygiène de l'enfance. Les conclusions de ce rapport seront lues et discutées en comité secret.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ce rapport, ainsi que la lecture du rapport de M. Lannelongue sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

La commission, par l'organe de son rapporteur, classe les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Le Dentu; 2° M. Terrier; 3° M. Péan; 4° M. Périer; 5° M. Berger; 6° M. Chauvel.

FORMULAIRE

Pommade contre le prurit cutané. — Kœbner.

Hydrate de chloral	5	grammes.
Camphre pulvérisé	5	—
Vaseline	50	—

Mêlez. — Onctions deux fois par jour, pour calmer le prurit cutané qui s'observe parfois chez les hémiplégiques. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La Société médicale de la Suisse Romande a tenu le 20 octobre dernier, à Lausanne, son assemblée annuelle.

— La *Riforma medica* nous apprend que le ministre vient d'envoyer une circulaire aux préfets leur recommandant de rechercher et de lui signaler les moyens de remédier aux nombreuses causes d'insalubrité qu'ils trouveront dans les différentes communes de leurs départements. Ils devront veiller surtout à ce qu'en aucun cas les soins médicaux rapides ne puissent faire défaut. Espérons que cette circulaire atteindra le but qu'elle vise.

Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine de Bordeaux. — Ont été proclamés lauréats de la Faculté pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine : prix : M. Fromaget; mentions honorables, MM. Vialle et Forge. — Deuxième année : prix : M. Baudet. — Troisième année : Prix : M. Lespinasse ; mention honorable, M. Dumur.

Prix du conseil général : M. Viéron. — Prix Godard : M. Suzanne.

Prix des thèses : Médaille d'or : M. Suzanne ; médailles d'argent : MM. Litchtreitz et Dichas ; médaille de bronze et mention honorable : MM. Peytoureau, Sudre et Grasset ; médailles de bronze : MM. Fischer, Florant, Tessié, Bombarte, Blanc-Fontenille.

Pharmacie. — Première année : prix, M. Favrel ; mention honorable, M. Gontier-Lalande. — Deuxième année : prix, M. Bordier ; mention honorable, M. Duphil. — Troisième année : prix, M. Beille.

Prix du conseil général : M. Beille. — Prix Barbet : M. Fauche.

Prix des travaux pratiques : première année : prix : M. Gontier-Lalande ; mention honorable : M. Favrel. — Deuxième année : prix : M. Fauche ; mention honorable, M. Biarnès. — Troisième année : M. Beille.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 17 novembre 1887, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur exposera la biographie de W. Harvey et résumera l'histoire de la circulation du sang.

— M. le professeur Le Fort commencera son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 17 novembre 1887, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

Tous les jours, visite des malades, à huit heures et demie.

— M. le professeur Richet a repris son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu et fait ses leçons les mardi et samedi de chaque semaine, à neuf heures et demie.

— Un incendie considérable s'est déclaré lundi dernier, à deux heures du matin, à l'École pratique de la Faculté de médecine, 2, rue Vauquelin.

Le feu a pris naissance dans un cabinet du premier étage faisant partie du laboratoire de M. Charles Richet. C'est un foyer à gaz chauffant une étuve qui a occasionné l'incendie. Des bocaux contenant des essences et autres matières inflammables ont alimenté le foyer de l'incendie qui, en quelques instants, a gagné le labaratoire de physiologie, où tous les appareils étaient préparés pour les cours de ce matin. Ces appareils ont été en partie détruits ; ceux que renfermait le laboratoire de M. Richet ont été entièrement consumés. Les pertes sont évaluées à cent mille francs.

Les pompiers du poste de la rue Thouin sont accourus sur les lieux ; les pompiers de la caserne de la rue de Poissy les ont rejoints et le feu a été attaqué.

Le capitaine Bouvatier a pris la direction des travaux. Peu après, la pompe à vapeur et l'échelle de sauvetage du boulevard du Port-Royal ont été amenées sur le théâtre de l'incendie. Les pompiers ont été obligés de pénétrer dans l'établissement de l'Enfant-Jésus, 3, passage Rotaud, afin de pouvoir combattre l'incendie.

Etaient présents : M. Dresch, commissaire de police ; M. Chaffaud, commandant des sapeurs-pompiers ; le secrétaire de la Faculté de médecine, M. Pupin ; M. Mauroy, officier de paix. Il n'y a eu aucun accident. A quatre heures cinquante, le feu était éteint ; mais les pompiers ont travaillé jusqu'à six heures pour noyer les décombres. (*Temps*.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La nomination de notre ami M. Ch. Richet à la chaire de physiologie de la Faculté de médecine a été consacrée, mardi dernier, par un banquet à l'Hôtel Continental. Ce banquet était offert par les élèves et les amis du jeune professeur, mais non tous ses amis, car la salle eût encore été trop petite, malgré ses dimensions; nous en connaissons qui n'ont pu s'y rendre, à leur grand regret, et qui n'ont adressé que de loin leurs félicitations à leur ami.

C'était, dans toute la signification du terme, une fête de famille, dans laquelle les maîtres d'hier, les collègues d'aujourd'hui, représentés par MM. Hardy, Verneuil, etc., faisaient pendant aux élèves de M. Ch. Richet, représentés par son chef de laboratoire, M. Gley. La franche cordialité qui régnait dans le banquet s'est retrouvée dans les toasts, tous très sincèrement applaudis. Que d'esprit, sans jeu de mots, s'y est consommé, lorsque M. Mathias Duval, présidant le banquet à la place de M. le doyen Brouardel, empêché pour excuses légitimes, a exprimé ses regrets de n'être plus maintenant le plus jeune professeur de la Faculté; — que M. Hardy a exprimé le regret contraire, celui d'être le plus vieux des convives et d'avoir été forcé par l'âge, bien malgré lui, de quitter la Faculté avant d'avoir pu voter pour son ancien élève; — que M. Verneuil, qui excelle dans ces à-propos, a retracé la vie encore courte, heureusement, mais déjà si bien remplie par le travail infatigable, l'honneur, la bonté de celui qui était

FEUILLETON

Oubli dans le compte rendu du Congrès de Toulouse : Recherches microscopiques sur la nature parasitaire du paludisme, par le docteur E. MAUREL, médecin principal de la marine. — *Un nouveau spiromètre,* par M. le docteur JOAL (du Mont-Dore). — *Les travaux de la section d'hygiène.*

M. le docteur Maurel, qui vient d'achever la publication de recherches si intéressantes et si complètes sur la nature parasitaire du paludisme, a tenu à les résumer devant la section d'hygiène, ce qui explique notre oubli, ne nous étant occupé que de la section de médecine.

M. Maurel a préféré la section d'hygiène pour un motif de reconnaissance : c'est, en effet, devant cette même section qu'il en a parlé pour la première fois à son retour de la Guadeloupe, au Congrès de Rouen, et c'est après cette communication que la section, appréciant l'importance de ses recherches, fit accorder à M. Maurel une subvention pour aider leur publication.

Dans un rapide historique, le docteur Maurel rappelle d'abord quels sont les divers parasites qui tour à tour ont été incriminés; il en donne la description et de plus en montre les dessins fortement agrandis. Il passe ainsi successivement en revue les *palmelles* de Salisbury, retrouvées dans les dombes marécageuses par la commission du

encore son interne il y a dix ans; — que M. Yung a félicité son ancien collaborateur, maintenant directeur de la *Revue scientifique,* qui mène de front la science et la littérature, au point de faire de temps en temps des infidélités à la *Revue rose* au profit de la *Revue bleue;* — que M. Gley a vanté les qualités du directeur du laboratoire de physiologie : affection pour ses collaborateurs, leur donnant l'exemple du travail constant, toujours à la recherche et à la poursuite d'une idée; — que M. Moutard-Martin, enfin, a réclamé, au nom des amis des jeunes années, pour l'immuabilité de l'amitié, qui reste inaltérable au milieu des changements de la science.

M. Ch. Richet, très touché de ces marques unanimes de cordiale sympathie, a répondu avec tout son cœur et tout son esprit. Sa réponse nous a rappelé cette admirable *Ode à mon père,* de Dumas fils. Quel mérite a-t-il eu d'arriver à ce but? Aucun. Il a travaillé, c'est vrai, mais c'était pour lui un plaisir et non une peine; il n'a connu aucune des difficultés de la vie : le nom et les mérites de son père (que chacun des orateurs précédents avait fêté d'ailleurs en même temps que le fils) ont ouvert toutes les portes où il est allé frappé, depuis le jour où il a assisté, avec quelle émotion! à sa première leçon, jusqu'à celui où le vote de la Faculté a donné à son travail la consécration suprême. « C'est donc à mon père, à son exemple, à son encouragement, à son appui que je dois rapporter tous mes succès, toutes les félicitations dont on m'honore aujourd'hui! »

Non, pas entièrement, cher jeune maître; gardez-en votre bonne part; en vous déclarant digne d'entrer dans son sein, la Faculté, croyez-le bien, a voulu surtout reconnaître vos mérites personnels; vos amis et vos élèves le savent bien.

Si nous étions superstitieux et si la rapide fortune scientifique de M. Ch. Richet pouvait effrayer ses amis, ils pourraient maintenant se rassurer. Il n'aura plus besoin, comme Polycrate, tyran de Samos, de jeter son anneau à la mer. La veille du banquet, un incendie a détruit son laboratoire, ses instruments, etc., et fait des dégâts évalués à une centaine de mille francs. On n'eut heureusement aucun accident de personne à déplorer.

Congrès de Besançon; la *lymnophysalis lyalina,* décrite par un médecin de la marine suédoise, Eklund; le *bacillus malariæ,* découvert par Klebs, Tommasi Crudeli, Celli et Marchiafava, et enfin l'*hématozoaire* de Laveran.

Passant ensuite à ses recherches personnelles, le docteur Maurel expose la pensée qui les a dirigées et les conditions dans lesquelles il les a entreprises; puis, résumant ses études, il les répartit sous quatre chefs :

1° L'étude des terrains salubres et des vases des marais;

2° L'étude des eaux potables et celle des marais;

3° L'étude de l'air sain et de l'air des marais;

4° L'étude du sang normal et celui des paludéens.

Des conclusions fortement motivées terminent cette communication pleine de faits du plus haut intérêt.

Ces conclusions sont les suivantes :

1° Il sera toujours assez facile de distinguer un terrain salubre d'un terrain marécageux;

2° La faune et la flore des eaux des marais et celles des eaux potables ne diffèrent que par une question de quantité, mais toutes les espèces que l'on rencontre dans les premières peuvent exister dans les secondes;

3° L'atmosphère des marais, outre cette même différence de quantité (et peut être encore plus exagérée), diffère de celle qui couvre les lieux sains par la présence de corps qu'il a considérés comme des amibes en voie de développement;

Nous voulons encore, avant de terminer, adresser des félicitations à MM. Widal (d'Alger) et J. Renaut (de Lyon), élus membres correspondants de l'Académie de médecine.

Nous signalons enfin à l'attention de nos lecteurs le projet de Congrès pour l'étude des questions relatives à la tuberculose, qui est exposé à la fin de notre numéro. — L.-H. P.

Hôpital Bichat. — Service de M. le Dr F. Terrier.

Kyste cliniquement uniloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation rédigée sur les notes de M. Montprofit, interne du service.)

Mme Boussenot, née Françoise Ferrier, m'est adressée par le docteur Noir (de Chantelles-sur-Allier) pour être opérée d'une tumeur abdominale.

Cette malade a été réglée pour la première fois à 14 ans; elle a eu trois accouchements à terme : le premier à 19 ans, le deuxième à 21 ans, le troisième à 25 ans. Les suites de couches ont toujours été bonnes, et la menstruation a été régulière jusqu'à l'âge de 40 ans. A cet âge est survenue une perte abondante, qui dura un mois, et qui affaiblit beaucoup la malade et la força à garder le lit pendant tout ce temps.

Au bout de deux mois, les règles se rétablissent et sont normales jusqu'à l'âge de 44 ans. A ce moment, nouvelle suspension du flux menstruel pendant sept mois; c'est alors que la malade a commencé à souffrir du ventre. Au bout de sept mois d'aménorrhée, une menstruation qui ne fut ni très abondante, ni très longue, et depuis, c'est-à-dire depuis un an et demi, disparition complète des règles.

Vers l'âge de 44 ans, la malade commença à ressentir une douleur dans le flanc gauche, au moment où les règles ont disparu; six mois après, apparition d'une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen, qui envahit bientôt toute la cavité du ventre. Il y eut, au début, un peu de constipation, de la gêne de la miction, et quelques troubles digestifs peu marqués : de l'anorexie, du dégoût pour les aliments.

Il y a un an (à l'âge de 45 ans), pendant une période de quinze jours, la malade res-

---

4° La suite de ses recherches l'a forcé d'admettre que, parmi ces corps, il peut s'en trouver qui ne sont peut-être que les corps de Laveran à leur premier état de développement;

5° S'il n'a jamais trouvé les corps de Laveran dans ses préparations, il a vu deux formes de ces corps dans ses propres préparations, à savoir : la forme en croissant en 1884 et un corps flagellé en 1887;

6° Ce corps flagellé est bien réellement un élément étranger au sang, et on ne saurait le confondre avec une modification et une altération des hématies ou des leucocytes;

7° Les corps que Laveran a le premier signalés dans le sang des paludéens, il les a retrouvés dans des macérations végétales datant de quelques jours;

8° Ces corps, dans les premières phases de leur évolution, peuvent être confondus avec les amibes, mais plus tard ils en diffèrent d'une manière constante par la présence de flagella;

9° A partir du moment où ces corps ont des flagella, ils présentent des caractères qui ne laissent aucun doute sur leur identité avec les corps de Laveran;

10° Ces corps à l'état complet de développement succombent facilement à la dessication complète et ne sont nullement reviviscents;

11° Leur résistance à la dessication est d'autant plus grande que leur évolution est moins avancée;

12° Les corps complets peuvent résister à une dessication incomplète;

sentit des douleurs très vives dans le ventre, et elle fut obligée de s'aliter; toutefois, il n'y eut pas de fièvre, pas de vomissements.

Etat actuel : 14 octobre 1884. — La santé générale paraît bonne; le teint est assez coloré; l'appétit est revenu et les digestions se font bien.

L'abdomen est développé et semble rempli par une tumeur arrondie; la peau présente des vergetures nombreuses; pas de circulation veineuse anormale. La ligne médiane brune est très apparente; elle est un peu déviée à droite dans sa partie moyenne. L'ombilic n'est pas déplissé et est mobile. A la palpation, on trouve une tumeur arrondie, manifestement fluctuante sur une grande étendue, à surface unie, égale, et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans le flanc gauche, on trouve un peu plus de résistance qu'à droite. On peut facilement imprimer à cette tumeur des mouvements de latéralité.]

Le toucher vaginal donne les renseignements suivants : l'utérus est petit et assez mobile, il est incliné en avant et à droite, et ne présente pas de connexions avec la tumeur.

Dimensions de l'abdomen : Circonférence au niveau de l'ombilic, 76 centim. Distances de l'ombilic au pubis, 22 centim.; de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 15 centim.; de l'ombilic à l'épine iliaque droite, 20 centim.; de l'ombiiic à l'épine iliaque gauche, 19 centim.

Les urines sont normales; ni sucre, ni albumine.

Opération le 28 octobre 1884, avec l'aide de MM. Périer, Just Championnière et P. Berger. — La résolution est obtenue d'emblée et très rapidement, sans phase d'excitation autre que quelques *paroles incohérentes;* pas de contractions; pas d'efforts. Respiration parfaitement calme et régulière pendant toute l'anesthésie; vers la fin de l'opération, quelques vomissements.

Incision médiane sous-ombilicale allant jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, qui est réséqué. Le péritoine adhère à la tumeur et en est séparé avec une sonde cannelée; toute la paroi antérieure du kyste est ainsi isolée avec la main de la paroi abdominale.

Le kyste est ponctionné et on en retire six litres d'un liquide brun foncé. Des adhérences de l'épiploon sont déchirées peu à peu avec les doigts, et sans saigner beaucoup d'ailleurs. Des adhérences lâches avec l'intestin grêle et quelques brides sont sectionnées et liées avec du fin catgut. A ce moment, on aperçoit une longue bride noirâtre, du volume d'une grosse ficelle, qui pénètre profondément vers le flanc gauche, sous les anses intestinales de ce côté et arrive jusqu'au mésentère. Cette bride est reséquée dans

---

13° Les formes les plus primitives offrent une plus grande résistance que les formes plus avancées;

14° Les éléments qu'il a trouvés dans les macérations peuvent continuer à vivre, et même pendant un certain temps dans un mélange de sang et d'eau de macération;

15° Il paraît donc probable que le corps flagellé de Laveran et celui qu'il a trouvé sont identiques;

16° Tout en établissant une grande présomption sur le rôle que ces micro-organismes jouent dans l'étiologie du paludisme, certains doutes subsistent encore;

17° Pour les faire disparaître, il faudrait d'abord bien établir que ces micro-organismes existent dans l'air des marais, au moins dans la première période de leur développement; ensuite, qu'introduits expérimentalement dans l'organisme, ils peuvent produire le paludisme; enfin, que cette dernière affection n'existe jamais sans eux.

Telles sont les conclusions de ces recherches délicates, minutieuses, parfois dangereuses, et poursuivies sans relâche pendant six ans, en France, aux Antilles ou dans l'Extrême-Orient.

Comme a dit en terminant le docteur Maurel, cette question semble être entrée dans sa véritable voie. D'une part, en effet, plusieurs observateurs ont retrouvé l'hématozaire de Laveran dans le sang des paludéens, et d'autre part, s'il ne se trompe pas, il aurait trouvé le même hématozaire dans l'eau, et peut-être, à un degré moindre de développement, dans l'air des marais.

Ces recherches méritent donc d'être poursuivies, et nous pensons que nul mieux que

sa plus grande étendue et deux ligatures de catgut sont placées sur ses deux bouts libres. Le pédicule du kyste est petit, étroit, situé à gauche; on y place deux fils en X. Le fond de l'utérus est libre et l'ovaire droit sain.

Toilette péritonéale minutieuse. Huit sutures profondes en fil d'argent.

L'opération, faite avec les précautions listériennes, a duré vingt-six minutes.

La malade se réveille vite.

Dans la journée du 28, quelques vomissements, et quelques coliques jusqu'à cinq heures du soir. Demi-seringue d'injection de morphine à trois heures; autre demi-injection à neuf heures du soir. — Soir : Temp. 38°4, pouls 106, resp. 28.

La nuit est calme. Un peu de sommeil. Quelques coliques. Soif très vive. Demi-piqûre à deux heures du matin. Glace, champagne, rhum.

Le 29. — Matin : Temp. 37°8, pouls 106, resp. 28. Dans la journée, quelques coliques et quelques vomissements. — Soir : Temp. 37°7, pouls 98, resp. 28. Coliques et nausées jusqu'à deux heures du matin. A ce moment, émission du gaz par l'anus; disparition des coliques et des nausées; sommeil. La malade urine seule.

Le 30. — Matin : Temp. 37°2, pouls 84, resp. 27. Emissions gazeuses par l'anus. Ni vomissements, ni coliques. Bon état général. On continue la glace et le champagne. — Soir : Temp. 37°2, pouls 92, resp. 28. On fait une demi-injection de morphine. Nuit très calme.

Le 31. — Matin : Temp. 37°2, pouls 78, resp. 26. La malade va très bien et ne souffre pas. — Soir : Temp. 37°, pouls 80, resp. 24.

Le 1er novembre. — Matin : Temp. 37°, pouls 82, resp. 23. Premier pansement; réunion *per primam*, on retire 4 fils (il en reste 4). Le ventre est plat et indolore.

Le 2. — Matin : Temp. 37°4. — Soir : Temp. 37°3. La malade est transportée dans la salle commune.

Le 3. — Matin : Temp. 37°. Deuxième pansement; on enlève les quatre derniers fils. La réunion est complète et parfaite. Le ventre indolore et plat.

Le 4. — On commence à alimenter la malade d'une façon plus substantielle. A partir de ce moment, rien à signaler. La température, qui est montée à 38° le soir de l'opération, est descendue à 37°8 dès le lendemain matin, et elle n'a plus jamais dépassé 37°5. La cicatrisation a été rapide; la douleur a disparu dès le second jour ainsi que les vomissements.

Le 12. — La malade commence à se lever. On peut, dès lors, la considérer comme guérie; elle ne souffre plus, elle a bon appétit, sa température est normale.

---

le docteur Maurel, qui est déjà préparé à ce genre d'études, n'est en situation pour les conduire à bonne fin. Nous ne saurions donc trop l'encourager à persévérer dans cette voie.

P. S. — Nous avons appris depuis la nomination de M. Maurel comme professeur suppléant de la chaire de pathologie médicale à l'Ecole de plein exercice de Toulouse. Nous félicitons à la fois M. Maurel, qui pourra se livrer en toute sécurité à ses minutieuses études, et l'Ecole, pour l'excellente addition qu'elle a faite à son corps enseignant. Les membres du Congrès ont depuis longtemps apprécié le talent d'exposition et le charme de l'élocution de notre distingué collègue.

*
* *

M. le docteur Joal (du Mont-Dore) a présenté un nouveau spiromètre dont le maniement, sans soupapes ni robinets, est des plus faciles; cet appareil, fort ingénieux, est constitué par deux vases de Mariotte superposés; c'est à la quantité de liquide qui, sous la pression expiratoire, s'écoule du tube supérieur dans l'inférieur, qu'on juge de la capacité pulmonaire du sujet mis en expérience. Quand le réservoir inférieur est plein de liquide, il suffit de retourner l'appareil pour le mettre en état de fonctionner de nouveau.

*
* *

La section d'hygiène, devant laquelle M. Maurel a fait son intéressante communica-

Elle quitte l'hôpital pour retourner dans son pays le 21 novembre, soit moins d'un mois après l'opération. La ligne d'incision présente 12 centimètres de longueur. Pas d'éventration.

Le 24 mai 1885. — Mme F... va très bien, elle n'a plus ses règles depuis son opération, a de nombreuses bouffées de chaleur.

Le 1er juillet 1886. — La santé de Mme F... est très bonne.

Le 10 novembre 1887. — Le docteur Noir a bien voulu nous donner des nouvelles de cette opérée : elle se porte parfaitement bien, et il semble qu'elle n'a jamais été malade.

La *tumeur* était un kyste multiloculaire à parois très épaisses, constitué par une poche assez grande du poids de 250 grammes et offrant un petit gâteau polykystique du volume d'un petit œuf; on en a extrait pendant l'opération six litres d'un liquide noirâtre.

Comme on le voit, cette observation est des plus simples : tumeur peu volumineuse, opération facile, malgré quelques adhérences, et résultat très rapidement bon.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER (PREMIER SEMESTRE 1887).

Les travaux très nombreux et très importants communiqués à cette Société attestent la vitalité des élèves de la vieille Faculté et de ses professeurs. Nous relèverons d'abord un mémoire important de M. Estor, relatif à un malade atteint de *cirrhose atrophique du foie* manifestée dès le début par une hématémèse et terminée par une hématémèse foudroyante. La maladie semblait reconnaître pour cause une contusion de la région hépatique remontant à quatre ans. Il se serait produit, dès le début de la périhépatite, de la pyléphlébite avec thrombose et enfin un arrêt de la circulation du foie amenant l'hémorrhagie stomacale. L'affection suivait sa marche classique, quand, après une deuxième hématémèse qui fut suivie d'une amélioration passagère, une troisième hémorrhagie emporta le malade au bout de quelques mois. A l'autopsie, faite par

---

tion, n'a pas manqué de travaux importants, malgré la coïncidence du Congrès d'hygiène de Vienne avec celui de Toulouse. Nous citerons les suivants :

M. Henrot (de Reims) : Examen critique des différents projets de loi sur l'organisation de la santé publique en France. — M. Delvaille (de Bayonne) : Le surmenage intellectuel et les colonies sanitaires de vacances. — M. Masson (de Paris) : Quelques indications sur l'assainissement des villes. — M. Herscher (de Paris) : Sur l'aération des locaux scolaires. — M. de Musgrave-Claye (de Pau) : Influence des déménagements sur le réveil de quelques maladies épidémiques. — M. Drouineau (de La Rochelle) : Examen du règlement de 1882 sur les constructions scolaires au point de vue de l'hygiène. — M. Ch. Tellier (de Paris) : Sur le moyen et les appareils propres à cuire l'eau en la conservant aérée. — M. Burot (de Rochefort) : De l'auto-suggestion en médecine légale. — M. Guiraud (de Montauban) : Des causes de la dépopulation dans certaines régions du sud-ouest de la France. — M. Bergeon (de Lyon) : Action des lavements gazeux dans certains défauts corporels des recrues et des enfants. — M. Drouineau : Des établissements classés, antérieurs à 1840. — M. Bérillon (de Paris) : De la propreté des rues de Paris. — M. Griolet (d'Auxerre) : De quelques dispositions de la loi de police sanitaire des animaux, applicables à la prophylaxie de certaines maladies contagieuses de l'espèce humaine.

La plupart de ces communications ont donné lieu à d'intéressantes discussions.

L.-H. PETIT.

M. Carrieu, on trouva, outre les lésions de la périhépatite et de la pyléphlébite, quelques infarctus très petits dans la rate.

M. Truc, à l'occasion de la présentation de son travail intitulé : *Considérations opératoires sur le cancer du sein*, discute les principaux points relatifs à cette question. L'invasion du poumon ou des régions claviculaires par le néoplasme est une contre-indication opératoire générale, mais non absolue. Il ne faut pas s'arrêter devant l'invasion d'une ou de plusieurs côtes, car la résection costale est peu grave en elle-même, non plus que devant celle de la plèvre quand elle est peu étendue. Quant à l'envahissement du poumon, il faut distinguer. Quand le néoplasme secondaire n'excède pas quelques centimètres d'étendue, il faut l'extirper. La chose a été faite avec succès. Quand, au contraire, la néoplasie est large et profonde, on a le devoir de s'arrêter, car le danger opératoire est énorme et le résultat thérapeutique probablement nul, eu égard à l'infection presque certaine des ganglions correspondants. Le curage sus-claviculaire n'offre que des indications exceptionnelles, mais possibles. Le cancer du sein est assez grave pour légitimer parfois une opération grave, si cette dernière donne l'espoir de faire une ablation large et totale capable soit de retarder la récidive, soit de la conjurer définitivement. La résection d'une petite étendue de poumon envahie par la néoplasie et par continuité thoracique est, en général, une contre indication opératoire. Toutefois, si cette propagation est reconnue seulement pendant l'opération, on peut, si la lésion secondaire est peu étendue, en faire l'extirpation. C'est une opération de nécessité, de surprise.

M. Tédenat présente l'observation d'une *fistule fécaloïde de l'ombilic* datant de deux ans et demi, et traitée avec succès par sept séances d'électrolyse chimique positive. La fistule était survenue après des phénomènes peu graves d'obstruction intestinale et avait été précédée par un abcès. Une fois établie, elle persista malgré des cautérisations au nitrate d'argent et à la teinture d'iode, laissant échapper des gaz bruyants, cinq à six cuillerées à soupe par jour d'une substance chymeuse, et donnant lieu, après quelque temps, à des hémorrhagies au moment des règles. Après exploration, M. Tédenat pensa avoir affaire à une fistule dépendant de l'ulcération d'un diverticule de Meckel resté fixé à la cicatrice ombilicale et l'oblitéra par la cautérisation électrolytique. Le pôle positif, représenté par un stylet en platine, était introduit tout le long du trajet; le pôle négatif, représenté par une plaque de zinc enfouie dans un gâteau de terre glaise, était appliqué sur la partie inférieure de l'abdomen. Le courant variait entre 35 et 50 milli-ampères. Après la troisième séance, l'écoulement diminua; à la septième, il s'arrêta complètement, et depuis lors la guérison persiste.

M. Bourguet communique l'observation d'un *fœtus remarquable* du sexe masculin, né à terme, mais porteur au niveau de l'ombilic d'une ouverture circulaire de $0^{m}03$ de diamètre, par où s'échappe une grande quantité d'anses intestinales entièrement à nu. Le cordon est normal et adhérent à la partie gauche de cette ouverture. Ses éléments ont leurs rapports normaux dans la cavité abdominale et n'affectent aucune adhérence avec les intestins herniés. Une bride fibreuse résistante unit, au contraire, ceux-ci à la partie supérieure et droite de la solution de continuité. La mort ne survint qu'au bout de trente heures. A l'autopsie, on constata que tout le tube digestif, à l'exception de ses deux extrémités, était au dehors. Tous les autres organes étaient sains. Pendant la durée de la grossesse, la jeune mère avait éprouvé une impression très pénible en apercevant devant un musée anatomique une pièce en cire représentant un cadavre de femme ayant l'abdomen ouvert. Ce fait constituerait une véritable difformité et appartiendrait aux monstres célésomiens de Geoffroy Saint-Hilaire.

M. Espagne rapporte un cas de *rage* traité par la cautérisation au fer rouge deux jours après l'accident et envoyé ensuite à l'Institut Pasteur; deux autres personnes mordues par le même chien ont été directement adressées à Paris.

M. Rauzier présente une observation recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat, et relative à une femme de 48 ans, opérée d'une *tumeur abdominale* en état de dégénérescence kystique. L'opération, très difficile à cause des adhérences, fut accom-

pagnée d'une hémorrhagie en nappe; elle entraîna la mort rapide de la malade à la suite du shock. La tumeur, multiple, est formée d'une série de lobes réunis les uns aux autres par du tissu cellulaire lâche, et recouverts dans leur ensemble par un feuillet péritonéal épaissi. La structure du néoplasme est aréolaire et il présente divers degrés de dégénérescence kystique; la tumeur qui paraît la plus anciennement formée est un énorme kyste à parois minces et charnues, qui était situé derrière la paroi abdominale et a pu faire un moment hésiter le diagnostic. Tandis que M. Rauzier conclut à une tumeur myxomateuse multiple, M. Tédenat croit à un fibro-myome dégénéré.

M. Chalot donne le résumé d'un mémoire intitulé : *Des influences psychiques pendant et avant la grossesse sur les malformations et les monstruosités*. Le docteur Stedman (de New-York) a recueilli à peu près 200 cas de malformations qui correspondent assez exactement aux malformations idéales de la mère; il est porté à croire que les impressions maternelles jouent un certain rôle tératogénique. M. Chalot ne partage pas cet avis; l'embryologie, l'histologie et la physiologie s'accordent pour établir que la transmission de ces impressions à l'œuf est absolument impossible, et cela dès le moment où l'ovule a quitté son ovisac. Il regarde néanmoins comme vraisemblable et admissible que les influences psychiques de toute nature, fortes ou longtemps prolongées, chez la femme non encore enceinte, peuvent avoir une action directe sur le développement normal ou anormal du futur produit de la conception. Contrairement à M. Chalot, M. Truc admet, avec M. Geoffroy Saint-Hilaire, que les impressions vives ont une influence incontestable sur le produit de la conception, influence d'autant plus active que l'on est plus près du début de la grossesse; il rapporte un fait qui semble probant.

Notre collègue et ami M. Mossé communique à la Société le résultat d'expériences pratiquées par lui sur des chiens, des lapins et des grenouilles, à seule fin d'étudier les *propriétés physiologiques de l'antifébrine*. 1° Au point de vue physiologique : les quantités employées ont été de 0,25 par kilogr. d'animal. A ces doses, M. Mossé a parfois constaté de la somnolence et de légers vomissements. Ces effets, d'ailleurs, sont très variables selon les sujets et les espèces. D'une façon générale, la température physiologique n'a pas baissé. Un animal choréique a été très sensible à l'antifébrine; 2° au point de vue clinique : M. Mossé cite deux observations, l'une de fièvre typhoïde dans laquelle l'antifébrine a amené un abaissement de la température; l'autre, de prurigo, dans laquelle le médicament a complètement échoué. En résumé, au point de vue physiologique, l'antifébrine ne donne, comme au point de vue clinique, que des résultats très douteux, et les faits ont besoin d'être encore soigneusement groupés.

M. Carrieu présente un *rein unique* trouvé chez un tuberculeux. Il était à cheval sur la colonne vertébrale, rejeté à gauche presque au niveau de l'angle sacro-vertébral, au point de division de l'aorte abdominale. Il pesait 170 grammes et présentait plusieurs sortes d'anomalies. Il y avait d'abord anomalie artérielle. On voyait, en effet, deux artères rénales, dont une à gauche normale, tandis que l'autre, venant de l'artère iliaque droite primitive, remontait dans le rein et s'y jetait sur le côté gauche. Il y avait ensuite anomalie des uretères. A gauche et à la partie inférieure, on voyait un gros canal anormal, présentant à son origine un grand nombre de branches formées par les calices, et se réunissant pour donner naissance à un conduit de la grosseur d'une aorte normale. Au niveau du col de la vessie, ce canal se jetait en arrière du veru montanum; en haut, il ne communiquait pas avec les papilles rénales; enfin, il était plein d'urine par regorgement. A droite, l'autre uretère naissait au niveau du hile antérieur unique et s'abouchait dans la vessie au point normal. L'organe était sclérosé et, pour M. Carrieu, cet exemple est un type de rein unique, sans traces de fusion. M. Chalot croit, au contraire, à deux reins fusionnés concentriquement l'un dans l'autre.

M. Tédenat montre des pièces anatomiques représentant une *tumeur champignonneuse de l'anus formée par un épithélioma*. Il y avait eu douleur, ténesme, selles sanguinolentes. Il pratiqua l'opération de l'anus iliaque et n'eut aucun signe de péritonite. Pendant les premiers jours, l'écoulement fut régulier et continu. Après dix jours, il n'y eut plus que quatre selles; après quinze jours, il y avait deux selles seulement, et l'opéré pouvai

retenir une minute ou deux les matières fécales : l'état allait toujours s'améliorant, lorsque, le cinquantième jour, des phénomènes d'urémie emportèrent le malade. L'autopsie fit reconnaître une hydronéphrose atrophique du rein, avec destruction par compression des parties sécrétantes, comme dans les tumeurs fibreuses. L'épithélioma s'était étendu jusqu'à la partie inférieure de l'S iliaque. La vessie, tout infiltrée, ne renfermait pas une cuillerée de liquide, ce qui explique l'urémie.

M. Tédenat signale encore un cas analogue au précédent. Il s'agit d'un homme qui, depuis quinze jours, n'évacuait plus de matières par l'anus; le ventre était fortement ballonné, et un examen attentif fit découvrir un cancer obstruant le rectum. On fit l'opération de l'anus iliaque et on retira vingt-sept litres de liquide mélangé à des matières fécales. Pendant les cinq jours qui suivirent l'opération, l'état du malade fut très satisfaisant. Le lendemain, hématémèse d'un litre environ et mort. A l'autopsie, on trouva du sang dans l'estomac et dans la partie supérieure de l'intestin grêle.

M. Lannegrace fait une communication relative à l'*influence de certaines lésions cérébrales sur l'appareil de la vision.* Pour rendre un singe aveugle, il est nécessaire de lui enlever, par des trépanations successives, certains territoires de ses régions pariétale et occipitale de chaque côté. Si l'une quelconque de ces quatre zones affectées à la vision est conservée, la vue reste dans son intégrité; il faut donc des lésions très étendues pour anéantir la vision. La faculté de voir les objets est abolie, mais la sensation lumineuse persiste. On doit admettre pour la vue deux centres bien distincts : 1° la sensation vague, qui consiste à distinguer la lumière de l'obscurité, a son centre dans le mésocéphale; 2° les sensations précises, au contraire, ont leur point de départ dans l'écorce cérébrale, au niveau des régions qui viennent d'être signalées. Des lésions limitées à l'une des régions sensorielles décrites déterminent quelques troubles cérébraux fugaces, variables suivant la zone lésée. Les lésions isolées de la zone occipitale déterminent des troubles très fugaces (1 à 2 h.) des deux yeux consistant en une hémiopie homonyme. M. Lannegrace a pratiqué de nombreux examens ophthalmoscopiques sur es animaux qui ont servi à ses expériences; le fond de l'œil ne présentait aucune altération. Les troubles de nutrition consécutifs aux opérations sont peu marqués chez les singes. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre.

Critique des doctrines reçues à l'égard de la dualité cérébrale dans les mouvements volontaires, par M. Brown-Séquard. — M. Brown-Séquard a démontré précédemment que chaque moitié de l'encéphale peut servir aux mouvements volontaires des deux moitiés du corps. Aujourd'hui, il apporte contre la doctrine reçue à l'égard du rôle des deux moitiés de l'encéphale de nouveaux faits expérimentaux. Il conclut également de l'examen de quelques faits cliniques, que la paralysie dans les affections cérébrales unilatérales est beaucoup trop variable pour qu'on puisse la considérer comme l'effet de la destruction d'un centre moteur ou de conducteurs allant de ce centre aux muscles.

Action du système nerveux sur la production de la salive, par M. Judée. — On sait que la salive dite *normale* est le résultat de l'action du système nerveux de relation sur la glande salivaire, tandis que la salive dite *sympathique* résulte de l'action du grand sympathique sur la glande.

M. Judée pense que la production de ces deux salives est due à l'action exercée au moyen des filets nerveux, par un premier centre médullaire, dit de commandement, tantôt sur un second périphérique, tantôt sur un autre de même nature. Lorsque le centre périphérique est appelé à annihiler la tonicité des éléments primitifs qui entrent dans la composition des glandes, M. Judée lui donne le nom de *centre périphérique de*

phrénation. Il désigne sous le nom de centre périphérique excito-moteur ou de *tonicité* celui qui est destiné à l'augmenter.

Séance du 14 novembre.

Epilepsie d'oreille dans les affections otopiésiques à répétition, par M. Boucheron. — Un jeune homme de 17 ans fut pris tout à coup de crises d'épilepsie. On fut amené à en reconnaître l'origine auriculaire à cause des particularités suivantes : 1° vomissements fréquents à la fin de la crise; 2° au début de celle-ci, bourdonnement, assourdissement, vertiges, chute; 3° si le malade sentait les bourdonnements, il constatait que les trompes étaient obstruées; la crise s'arrêtait net, si l'air pénétrait dans la caisse du tympan; s'il n'en pénétrait qu'une petite quantité, la crise était atténuée seulement.

Ce fait confirme donc l'existence d'une épilepsie d'oreille, qui a pour point de départ une excitation du nerf acoustique réfléchie sur le bulbe et l'encéphale. Toutes les espèces d'excitation du nerf peuvent amener l'épilepsie chez des sujets prédisposés, mais l'une des causes les plus intéressantes est l'otopiésis par obstruction des trompes.

La conclusion est que, dès les premières crises d'épilepsie, on doit faire examiner les oreilles; car le traitement de l'affection auriculaire institué dès le début peut empêcher le système nerveux de prendre des habitudes morbides capables de survivre à la cause initiatrice.

— M. Mayet (de Lyon) fait connaître un *sérum artificiel destiné à la dilution du sang pour la numération des globules*. En voici la composition :

Eau distillée, 100 grammes; phosphate de sodium anhydre et pur, 2 grammes; sucre de canne, q. s. pour élever la densité du liquide à 1085.

— M. A. Clermont indique un nouveau procédé pour la *production de la peptone et de la syntonine*.

Pour obtenir la peptone, on chauffe de la viande hachée avec de l'eau acidulée par l'acide sulfurique dans des tubes scellés à la température de 180°.

L'eau seule dans ces mêmes conditions transforme la viande en syntonine, produit intermédiaire à la viande et à la peptone.

FORMULAIRE

Solution contre le mal de mer. — W. Otto.

Chlorhydrate de cocaïne................. 0 gr. 50 centigr.
Eau distillée.............................. 4 gr. 50 centigr.

Faites dissoudre. — Trois fois par jour, on en administre de 4 à 5 gouttes sur un petit morceau de glace. L'auteur, grâce à l'emploi de ce moyen, a vu les vomissements cesser, les nausées disparaître, et le sommeil s'établir tranquillement. Il l'a employé avec succès chez les femmes enceintes. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Une chaire d'hygiène va être créée à Kiel.

— Le docteur Landwehr, assistant à l'Institut physiologique de Wurtzbourg, est nommé professeur de physiologie à Santiago du Chili.

Saint-Pétersbourg. — Ont été nommés à l'Institut clinique de la princesse Hélène Pawlowna : le docteur Arep, professeur de médecine légale et de toxicologie; le docteur W. Nikitin, docent de laryngologie, et le docteur G. Tiling, docent de chirurgie.

— Le professeur Celli est nommé professeur extraordinaire d'hygiène expérimentale à Rome, et le professeur Vincentiis est appelé à la chaire d'ophthalmologie de Naples.

Ch. S.

COURRIER

École de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : premier prix, M. Allaire ; deuxième prix, M. Brindeau accessits, MM. Bellouard, Briton et Renoul. — Deuxième année : prix, M. Guépin. — Troisième année : premier prix, M. Jeulin ; deuxième prix, M. Dauly ; troisième prix, M. Voyer. — Quatrième année : prix, M. Valentin.

Prix de clinique : premier prix, M. Mounier ; deuxième prix, M. Cheneau ; troisième prix, M. Guibert. — Prix d'examen : M. Dauly.

Pharmacie. — Première année : premier prix, *ex æquo*, MM. Tripot et Meneux. — Deuxième année : premier prix, M. Bomet ; deuxième prix, M. Barge ; troisième prix, *ex æquo*, MM. Perron et Lespinasse ; accessits, MM. Grias et David. — Troisième année : prix, M. Cordier ; accessit, M. Chalet.

Prix de travaux pratiques. — Première année : premier prix, M. Tripot ; deuxième prix, M. Meneux ; accessits, MM. Martin et Hallouet ; mention honorable, M. Bruguières. — Deuxième année : premier prix, M. Perron ; deuxième prix, M. Martineau ; accessit, M. Mocudé. — Troisième année : premier prix, M. Bouliau ; accessit, M. Chalais ; mentions honorables, MM. Cordier et Maynard.

Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale. — Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine.

Ce Congrès est organisé par un comité composé de :

MM. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, *Président* ; le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, *Vice-Président* ; Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Nocart, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort ; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire général de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, *membres du Comité* ; L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, *Secrétaire général.*

Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies, mais ayant également trait à la tuberculose.

Un jour sera destiné à des démonstrations anatomiques faites dans le laboratoire de M. Cornil, professeur d'anatomie à la Faculté.

Une autre journée sera consacrée à des examens et des autopsies d'animaux tuberculeux à l'École d'Alfort.

Tous les médecins et vétérinaires français et étrangers pourront en s'inscrivant en temps utile et en payant une cotisation de 10 francs, devenir membres du Congrès et prendre part à ses travaux.

La cotisation donne droit au volume des *Comptes rendus du Congrès.*

Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français.

Des détails plus complets sur les statuts et le règlement du Congrès seront publiés ultérieurement.

Questions proposées par le comité d'organisation.

I. — Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.

II. — Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.

III. — Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. Mesures prophylactiques.

IV. — Du diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales.

Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement.

Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé.

Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces animales.

Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch, des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasites animaux où à des corps étrangers.

Des lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes.

Mode de formation des cellules géantes et des îlots tuberculeux.

Evolution des tuberculoses locales.

Des agents destructeurs des bacilles de Koch.

Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.

Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

Adresser les cotisations à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et tout ce qui concerne les communications relatives au Congrès, à M. le docteur Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Cauvy (de Béziers), connu par un certain nombre de communications à la Société de chirurgie, et Laprevotte, de Rouvres-en-Xaintois (Vosges).

— Nous apprenons que M. le docteur Dieterlen, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui exerçait à Épinal (Vosges), vient de changer de résidence et s'est fixé à Cannes (Alpes-Maritimes).

— Le samedi, 24 décembre 1887, à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture en deux lots des *bandages, pessaires, bas élastiques*, etc., à livrer au bureau central d'admissions et aux divers hôpitaux et hospices pendant l'année 1888.

Evaluation (pour les deux lots) : 30,000 francs.

S'adresser, pour prendre connaissance des cahiers des charges, au Secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

AVIS. — L'Administration de l'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE **du docteur Roubaud et de** l'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE L'*UNION MEDICALE* RÉUNIS, **21, rue de la Monnaie, prie nos confrères de vouloir bien lui retourner au** PLUS TOT **le Bulletin de renseignements qui leur a été adressé ces jours derniers.**

Le retour non effectué de ce Bulletin pourrait empêcher leur inscription ou leur changement de domicile dans ledit Annuaire cette année.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De la cure des hernies et hydrocèles congénitales,

Par L.-G. Richelot.

La cure radicale des hernies, sa définition. — La résection du sac dans les hernies inguinales manuel opératoire.

Hernies inguinales congénitales. — Pratique incertaine des auteurs. — Résection du conduit vagino-péritonéal et conservation du testicule. — Manuel opératoire dans les divers types cliniques. — Opportunité de l'intervention.

Hydrocèles congénitales. — Utilité de la cure radicale préventive.

Observations. — Conclusions.

Messieurs,

Les opinions et les faits que je viens vous présenter sont loin d'être connus et acceptés communément. On trouve çà et là, dans quelques auteurs, une assertion conforme à ces idées nouvelles, une observation qui leur donne appui. Mais la cure des hernies congénitales, dans les termes où je vous la décrirai, n'a pas été jusqu'ici formulée avec précision; les détails du manuel opératoire ne sont pas fixés; beaucoup de chirurgiens la jugent encore impossible ou dangereuse. Et j'en puis dire autant, *a fortiori,* des hydrocèles congénitales.

Un mot sur la cure des hernies en général me servira de préambule, et me permettra de fixer tout d'abord votre attention sur quelques points essentiels.

La *cure radicale* est aujourd'hui remise en honneur. Elle a bien encore des opposants, qui cherchent à la réserver pour les cas extrêmes et ne lui trouvent que de rares indications; mais elle aura bientôt triomphé des dernières résistances. Cela ne veut pas dire qu'on doive la proposer toujours et l'entreprendre à la légère, mais cela signifie qu'il ne faut plus se voiler la face à l'idée de porter la main sur une hernie compatible avec l'existence.

La hernie est-elle donc si peu de chose, pour que sa cure soit rangée parmi les scandales de la chirurgie moderne? Il semble, à entendre certains de nos confrères, qu'elle soit toujours accommodante; qu'on puisse, à coup sûr, en éviter les accidents; que tous les intestins soient facilement coercibles, tous les bandages bien supportés; que jamais, à aucun âge, les fonctions physiologiques ou les rapports sociaux n'en soient sérieusement entravés. Soins et précautions continuels, vie facile et sans rudes travaux, on oublie toutes les conditions requises pour que la hernie demeure une infirmité supportable; conditions si multiples, si délicates, qu'elles ne sont jamais réunies longtemps de suite, et qu'à tout instant la gêne s'aggrave ou les malheurs éclatent. Qu'on ait longtemps caché le péril, adouci le pronostic et prêché la résignation, rien de plus légitime en présence des dangers d'une intervention mal réglée; mais aujourd'hui la situation n'est plus la même, et nous avons le droit de mettre en balance les inconvénients de la hernie et les morts qu'elle amène, avec l'innocuité à peu près constante de nos opérations.

Je reconnais, d'ailleurs, que mon raisonnement s'applique mal à ceux qui n'ont pas accepté sans réserve les procédés actuels de la chirurgie. Ce n'est pas, comme le rappelle J. Lucas-Championnière, « de la chirurgie pour tout le monde ».

Mais cette cure radicale, qu'est-elle au juste et comment devons-nous la comprendre? Tous les auteurs qui l'ont cherchée autrefois l'entendaient dans le sens le plus absolu : il s'agissait de supprimer la hernie sans retour. Aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens ont une opinion moins ferme, parce qu'ils ont vu de fréquentes récidives; la cure radicale est pour eux, avant tout, un moyen de réduire le volume d'une hernie intolérable et d'en faire une tumeur indolente et facile à contenir. Là se borne leur ambition, et c'est déjà beaucoup; cela suffirait à faire accepter l'opération. Mais nous pouvons et nous devons, l'expérience le prouve, porter plus loin nos désirs : il dépend de nous, en grande partie, que la cure soit vraiment radicale. N'attendez pas que, pour vous le démontrer, je passe en revue tous les procédés anciens. Sutures royales et points dorés doivent être laissés dans l'oubli; mais il faut encore choisir parmi les procédés modernes, qui sont loin d'avoir tous la même valeur. La meilleure opération — sur laquelle je n'ai rien à dire qui s'écarte essentiellement de la pratique de J. Lucas-Championnière (1) — se résume dans les traits suivants :

1° Incision large à ciel ouvert.

2° Résection totale de la séreuse qui sert d'enveloppe à l'intestin déplacé. Le sac doit être isolé, disséqué jusque dans la profondeur du trajet, lié très haut et sectionné, de telle façon que la partie liée, en se retirant dans l'abdomen, ne laisse pas d'infundibulum que l'intestin puisse élargir et pousser devant lui pour former un nouveau sac.

3° Suture perdue, qui rapproche non seulement les piliers, mais les parois du trajet dans toute sa hauteur, et favorise la formation d'une cicatrice de soutien capable de résister à l'impulsion des viscères.

Parmi ces temps principaux, qui ont naturellement leurs subdivisions et leurs manœuvres complémentaires, il en est un sur lequel on n'est pas d'accord : c'est la *résection du sac*. Nul doute qu'elle soit indiquée dans les hernies crurales et ombilicales; dans ces deux espèces, le sac adhère faiblement aux parties voisines et se laisse décoller sans effort; la dissection est toute faite et l'ablation facile, on est d'accord pour la pratiquer. Mais dans les hernies inguinales? Dans les vieilles surtout, le sac paraît dur, épaissi, les éléments du cordon dissociés lui adhèrent étroitement; si on s'obstine à les disséquer, l'opération est longue, pénible, on risque de blesser les vaisseaux spermatiques ou le canal déférent. Et pour quel bénéfice, demandent quelques-uns? Ne pouvez-vous simplement isoler le sac au niveau du collet, en faire la ligature et fermer le péritoine? La présence d'une séreuse déshabitée n'empêchera pas la plaie de guérir. Et ainsi plusieurs de nos collègues se dispensent de la résection du sac dans la cure des hernies inguinales (2). Ils se privent, selon moi, des principaux avantages de l'opération : suppression totale du conduit séreux et conformation parfaite de la cicatrice de soutien; ils s'exposent volontairement à la récidive. Si j'étudiais en détail la cure radicale des hernies, j'essaierais de vous démontrer l'importance de la résection du sac; en ce moment, je me con-

(1) J. Lucas-Championnière : *Cure radicale des hernies*, Paris 1887.

(2) P. Segond : *Cure radicale des hernies*. th. d'agrég., Paris, 1883.

tenterai d'établir — en mettant à part certains cas très exceptionnels de fusion intime du sac et de la paroi intestinale — qu'elle est toujours possible.

Depuis sept ans, j'ai fait constamment la cure radicale des *hernies étranglées*. Dans les premiers temps, je ne m'inquiétais pas de suturer les parties profondes et de former la cicatrice de soutien, aussi la récidive a-t-elle dû survenir chez plusieurs de mes opérés; mais toujours la kélotomie était suivie de la résection du sac au-dessous d'une ligature. J'ai traité ainsi bon nombre de hernies inguinales, grandes ou petites, anciennes ou récentes, et jamais l'extirpation de la séreuse ne m'a offert de grosses difficultés.

J'ai pratiqué dix fois la cure des *hernies inguinales sans étranglement* — je laisse de côté, en ce moment, les hernies congénitales; — j'ai toujours fait la résection du sac. Et cependant, les hernies de cette catégorie sont d'ordinaire anciennes et volumineuses; leur enveloppe est coriace, les éléments du cordon y semblent incorporés, la dissection est réellement minutieuse et demande une certaine habileté. Mais on exagère beaucoup ces difficultés, parce qu'on méconnaît la véritable disposition anatomique de la séreuse. Il y a beau temps qu'A. Cooper a signalé, autour du péritoine, le développement d'un sac extérieur aux dépens des tissus fibreux. On admet néanmoins, sans l'avoir constaté, que la séreuse elle-même peut s'altérer, s'épaissir; mais il n'en est rien : le sac péritonéal n'est pas épaissi, et jamais il n'adhère intimement aux vaisseaux. Il faut le dire et le répéter, parce que j'ai vu s'y tromper les meilleurs opérateurs, et je m'y suis trompé moi-même. La membrane dure qui enveloppe les viscères — M. Nicaise en a fait la remarque (1) — par la tunique fibro-celluleuse et par le tissu conjonctif du cordon; le canal déférent et les vaisseaux rampent dans cette couche fibreuse, que les doigts peuvent saisir au plus près du péritoine et décoller sans grand effort; le vrai sac est toujours une membrane mince, et la couche fibreuse emporte avec elle les éléments du cordon si bien enveloppés, qu'on peut souvent achever l'opération sans voir ni sentir le canal déférent et sans ouvrir une veinule. Quand un auteur nous dit que la dissection lui a donné une quantité de sang notable, soyez sûrs qu'il est resté dans les couches fibro-vasculaires. Il suffit, pour réussir, de faire nettement la séparation du vrai sac; jamais on ne le serre d'assez près; travail minutieux plutôt que difficile, qui se fait avec les doigts et la pince à disséquer.

Ces préliminaires me suffisent pour aborder la cure des *hernies inguinales congénitales*. Le hasard m'a permis d'observer un certain nombre de ces faits, et d'adopter une ligne de conduite que je viens soumettre à votre jugement.

Voici comment la question doit être posée : le conduit vagino-péritonéal, qui sert de sac aux hernies dites congénitales, peut toujours être séparé des éléments du cordon, comme un sac inguinal ordinaire, et disséqué jusque dans la profondeur du trajet. On peut clore la vaginale autour du testicule, et respecter cet organe.

Tous les auteurs ont vu des hernies congénitales, mais aucun n'en a tiré cette conclusion ferme. On trouve dans leurs travaux quelques phrases

(1) Nicaise : *Cure radicale de la hernie inguinale. Rapports du sac herniaire avec la tunique fibreuse des bourses*, Revue de chirurgie, juillet 1886.

incidentes, quelques passages plus ou moins développés, dont je ne vous ferai pas l'énumération. J'ai prié un de mes élèves, M. Winocouroff, de réunir ces documents épars dans une thèse qui doit paraître à la fin de cette année.

En résumé, presque tous les chirurgiens sont d'accord pour trouver impossible ou dangereuse la résection du canal séreux. Quelques-uns laissent tout en place et drainent le collet; c'est renoncer à la cure radicale. D'autres ferment la séreuse ou la rétrécissent en un point, mais dissèquent le moins possible et s'exposent à la récidive. Ceux-ci obturent la vaginale quand ce n'est pas trop difficile, et suturent les piliers avec le collet du sac. Ceux-là, voulant faire une opération complète et ne sachant pas la faire délicate, préconisent la castration. Çà et là on découvre une observation qui se rapproche des miennes (Buchanan), et qui trouve chez les critiques une espèce d'incrédulité (P. Segond); ou bien quelques phrases démontrent qu'un auteur a plus ou moins disséqué le canal séreux et juge bon d'épargner la glande séminale (Sonnenburg). Enfin, je n'ai ni la prétention ni le désir d'en remontrer sur ce point à quelques-uns de mes collègues de la Société de chirurgie ; mais les faits qu'ils ont vus et la part de démonstration qu'ils pourraient nous apporter, sont restés jusqu'ici dans leurs notes personnelles.

Voilà ce que nous donne la littérature médicale. Voyons maintenant ce que les faits m'ont enseigné.

Ici comme dans les hernies acquises, deux cas peuvent se présenter : l'intervention est imposée par un étranglement, ou bien la cure radicale est tentée de parti pris. Dans le premier cas, en présence des difficultés créées par la persistance du conduit vagino-péritonéal, le chirurgien pourrait s'arrêter et se trouver satisfait d'avoir levé l'étranglement. Je dirais alors que, l'incision faite et la hernie dans nos mains, il est désolant de ne pas profiter de l'occasion pour achever la cure et assurer l'avenir. Dans la seconde hypothèse, il faut bien aller jusqu'au bout, puisque c'est le but même de l'opération; qu'on ait méconnu ou diagnostiqué la disposition congénitale, il faut que la chirurgie s'en tire à son honneur.

Or, les difficultés peuvent être en apparence insurmontables. Dans toute sa longueur, le cordon est adossé au conduit vagino-péritonéal et plus ou moins saillant dans sa cavité; on ne sait où prendre la séreuse pour la décoller; elle est inséparable du testicule et paraît l'être aussi du paquet vasculaire. Comment isoler un sac et le poursuivre jusque dans la profondeur du trajet? Et voilà pourquoi les auteurs qui ne se contentent pas d'une suture au niveau du collet et d'une cure dérisoire, nous disent de n'attaquer la hernie congénitale que si nous sommes prêts à tout enlever, le sacrifice de la glande séminale étant le plus souvent nécessaire pour mener à bien l'opération. Le testicule, même s'il est bien placé, ne mérite pas tant d'égards; l'intérêt de sa conservation n'est pas à mettre en balance avec la gêne et les douleurs qui ont motivé l'intervention, et les malades nous remercieront de les en avoir privés; s'il est en ectopie, sa valeur sexuelle est nulle, et il y a tout avantage à supprimer du même coup testicule, cordon et séreuse.

Je souscris, pour certains cas, à cette manière de voir. Un homme âgé n'a que faire de son testicule; un adulte même en fera souvent bon marché pour être délivré de ses douleurs, ou si on lui dit que l'organe ne vaut rien. Mais d'autres pourront s'en plaindre, à tort ou à raison; et, chez plusieurs,

la conservation de la glande peut avoir une réelle importance. Je veux parler des jeunes sujets, auxquels se rapportent la plupart de mes observations. A 30 ans, à 25 ans, mais plus encore pendant l'adolescence (5 de mes opérés, sur 8, ont de 15 à 17 ans), la privation d'une glande séminale est un sujet d'humiliation et d'inquiétude pour l'avenir. Le danger est vrai; l'influence morale est très vive. Je vais plus loin : le testicule d'un jeune garçon, même en ectopie, doit être conservé, s'il est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre; et cela pour deux raisons : puisqu'il n'est pas caché dans l'abdomen ou dans la profondeur du trajet, il est tangible, il existe, il a une valeur morale, sinon physiologique. Et puis, nous sommes dans la période de développement; qui sait si, délivré du contact de l'intestin, séparé du péritoine et enveloppé d'une vaginale reconstituée, cet organe imparfait ne va pas se mieux nourrir, augmenter de volume et plus tard fonctionner? Un de mes malades, chez qui la glande est notablement descendue dans le scrotum, me donne à cet égard un espoir que je ne veux pas renoncer à poursuivre, car ce serait là un des côtés les plus intéressants de la question.

Il est donc bien entendu qu'il n'est pas indifférent de pouvoir faire la cure d'une hernie congénitale en épargnant le testicule. J'ai maintenant à vous démontrer que l'opération ainsi comprise est toujours possible, en exceptant, bien entendu, les cas d'ectopie où l'organe est trop haut placé pour qu'on puisse en rien faire de bon. Et je ne m'avance pas trop en disant toujours, car la disposition anatomique que j'ai rencontrée sur mes jeunes malades offre pour la dissection les plus grandes difficultés qu'on puisse concevoir.

Et d'abord il y a des cas relativement simples. Quand la hernie congénitale est ancienne et volumineuse, le canal séreux est élargi, distendu; ses rapports avec les éléments du cordon ne sont plus ce qu'ils étaient à l'origine; les vaisseaux dissociés, étalés à la face postérieure du sac, dans la couche celluleuse qui le double, affectent sensiblement la même disposition que dans les hernies acquises de même âge et de même volume. La dissection n'est guère plus difficile et doit se faire par le même procédé. On commence l'isolement du sac à 2 ou 3 centimètres au-dessus du testicule, on ferme la vaginale par une ligature au catgut, on sectionne au-dessus du fil et on poursuit de bas en haut l'extirpation de la séreuse.

J'ai retrouvé dans mes notes une observation de ce genre, qui date d'une époque où je n'avais aucune idée sur la cure des hernies congénitales. Le 14 juin 1881, je suis appelé à l'hôpital Saint-Antoine pour une hernie étranglée : Homme de 50 ans, hernie inguinale gauche assez volumineuse, très ancienne, étranglée depuis deux jours. Kélotomie immédiate; je trouve une vaginale communiquant largement avec le péritoine et une anse intestinale de 20 à 30 centimètres. Après la levée de l'étranglement, j'entame la dissection du sac vers sa partie moyenne, je le sépare du cordon aplati et rampant sur sa face postérieure, je ferme la vaginale avec un fil de catgut, puis, ayant décollé le bout supérieur du canal séreux, je le résèque au dessous d'une ligature placée vers l'anneau. Mon fil était trop bas et ma résection insuffisante, parce que je l'ai faite sans étude préalable et sans avoir un plan défini. Mon malade, qui a guéri promptement et dont j'ai perdu la trace, a pu avoir une récidive sous forme de hernie funiculaire. Il n'en est pas moins vrai que j'ai disséqué le conduit vagino-péritonéal comme j'aurais fait d'un sac ordinaire, que je n'ai rencontré aucune diffi-

culté notable et ne me suis pas douté que je faisais là une opération réputée dangereuse ou impossible. Je pense aujourd'hui qu'on peut traiter aussi simplement toutes les hernies congénitales déjà anciennes et sans ectopie; ma septième observation en est un nouvel exemple.

Mais dans les hernies plus jeunes, la disposition congénitale, encore peu modifiée par le contact des viscères, est tout autre. Je vous la décrirai, avec les temps principaux de l'opération, dans les trois types cliniques où je l'ai observée.

Premier type : *hernie péritonéo-vaginale sans ectopie.* Un garçon de 15 ans vous montre une tumeur inguinale encore peu volumineuse, réductible, descendant jusqu'au testicule. Je laisse de côté le diagnostic différentiel : liquide, intestin, épiploon. Ouvrez la séreuse, réséquez l'épiploon ou réduisez l'intestin : le cordon apparaît alors, régulièrement cylindrique, saillant tout entier dans le conduit vagino-péritonéal, et comme attaché à sa face interne par une adhérence linéaire. Il est bien entendu que la séreuse l'enveloppe sans le contenir dans sa cavité, mais le feuillet viscéral qu'elle forme autour de lui est si complet, qu'il semble aussi difficile de l'en séparer que de sortir l'intestin du péritoine ou le poumon de la plèvre. Telle est la disposition qui défie, au premier abord, la dissection la plus attentive. Et cependant vous allez faire, avec un peu de patience et de délicatesse, une opération bénigne, simple et heureuse dans ses suites. Placez-vous à 2 centimètres au-dessus du testicule, saisissez dans une pince à pression un des bords de l'incision que vous avez faite au sac; puis, avec une pince à disséquer, prenez le tissu cellulaire au plus près de sa face externe. Vous décollez ainsi le feuillet pariétal de la séreuse; le feuillet viscéral, celui qui entoure le cordon, se décolle à son tour; vous passez doucement, à petits coups, entre lui et le paquet vasculaire; si, chemin faisant, il se déchire, vous reprenez un peu plus loin, et bientôt le cordon est libéré. Ligature au catgut, pour fermer la vaginale; section au-dessus du fil. Reste le bout supérieur du canal séreux, à séparer du cordon dans toute sa longeur; est-ce plus difficile? Bien au contraire. En prenant ce bout supérieur avec les doigts ou avec une pince, et appuyant l'index de l'autre main sur le cordon, vous séparez l'un de l'autre par de simples tractions, et vous remontez ainsi jusqu'au fond du trajet inguinal pour y placer une ligature et couper au-dessous d'elle. La cure radicale est terminée; ou du moins, sur mes jeunes opérés, j'ai trouvé un trajet peu distendu et je n'ai pas cru nécessaire de le rétrécir par une suture perdue au catgut. Je l'ai fait, dans d'autres conditions (obs. VII) pour avoir une bonne cicatrice de soutien.

Deuxième type : le testicule est en *ectopie*, fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. L'opération est naturellement plus ardue : on incise le trajet inguinal; par suite, on ouvre la séreuse au niveau même du testicule et de la future vaginale, trop haut situés. Le canal séreux est très court; on est mal à l'aise pour séparer le cordon et fermer le péritoine. En disséquant ainsi tout près du testicule, on peut faire des déchirures dans la portion de séreuse qui sera la vaginale; il faudra recoudre incision et déchirures avec du fin catgut; mais rien, dans cette manœuvre délicate, ne doit rebuter un opérateur.

Troisième type : *hernie péritonéo-funiculaire.* La vaginale est complète, mais le conduit séreux a persisté en grande partie et forme un sac tout prêt, séparé de la vaginale par une cloison. Impossible de reconnaître, avant l'opération, si la hernie est congénitale ou acquise. Mais, quand on

a ouvert le sac, on le trouve conformé comme celui des hernies congénitales : il n'a pas l'indépendance du sac des hernies acquises de même âge et de même volume; son extrémité inférieure est adossée à la vaginale et lui adhère intimement; le cordon, enveloppé de son feuillet viscéral, paraît contenu dans la cavité séreuse. Ici, le testicule n'est pas en cause, et personne ne songerait à l'enlever; mais on pourrait très bien s'arrêter, trouvant la dissection trop difficile, et renoncer à la cure radicale. Or, en procédant comme je l'ai dit pour le premier type, on est sûr de réussir : on commence à peu près au même point, et on laisse dans la plaie le cul-de-sac inférieur du canal séreux, adhérent à la vaginale; si on veut l'en séparer à tout prix, on risque de blesser la séreuse testiculaire, ce qui obligerait à la fermer par quelques points de suture au catgut.

Mais, on va me dire : Comment avez-vous pu constater la conformation du canal séreux et la possibilité de son extirpation, si ce n'est en opérant sans motif des individus jeunes, bien portants, dont la hernie, peu gênante et sans graves symptômes, pouvait être aussi bien contenue par un bandage?

Entendons-nous bien : je n'ai pas posé en principe d'opérer quand même toutes les hernies des adolescents, d'allure bénigne et ne donnant aucun signe qui révèle une disposition congénitale; bien qu'au fond je ne sois nullement scandalisé à l'idée de les délivrer de cette entrave, précisément parce qu'ils sont jeunes, parce qu'ils ont toute leur carrière devant eux, et que ce mal qui les prend au début de la vie sera pour eux un tourment sans répit, une source continuelle d'ennuis et d'accidents. Si nous n'allons pas jusque-là, à quoi servent nos acquisitions, et pourquoi parler des progrès de la chirurgie?

Mais n'allons pas jusque-là; il s'agit, en ce moment, d'une espèce particulière, la hernie congénitale. Elle est insidieuse et plus grave que toute autre; le sac, avec ses dilatations et ses points rétrécis, crée à l'intestin des périls multiples (1); quand l'étranglement survient, il est plus serré, plus rapidement mortel. S'il y a ectopie, le bandage peut être insupportable; il faut renoncer à toute contention, laisser la hernie se développer, devenir incoercible; il faudra, plus tard, consoler l'infirme avec un suspensoir ou en venir à une opération plus dangereuse dans le présent et moins radicale pour l'avenir. Je dis qu'en présence de cette évolution que nous connaissons tous, il suffit de constater chez l'adolescent la disposition congénitale qui en est l'origine pour avoir le droit d'intervenir immédiatement. L'indication est formelle, parce qu'il est important de ne pas garder une affection menaçante sous des apparences de bénignité; parce que l'opération peut se faire, je vous l'ai démontré, sans mutilation, véritable *restitutio ad integrum;* parce que l'âge des sujets, le peu d'altération des tissus, leur développement ultérieur, après la restauration des parties, donnent ici, mieux que jamais, l'assurance d'une guérison définitive; parce que, dût la hernie se reproduire, elle serait alors plus simple et moins dangereuse; parce qu'enfin l'opération est franchement bénigne. J'insiste sur ce dernier point, car tous les vieux clichés mettent en balance la maladie « qui peut-être n'amènera pas d'accidents », avec l'opération « qui comporte certains dangers ». Sans doute, il faut peser toutes les chances; mais, en vérité, les chirurgiens sont devenus aujourd'hui assez sûrs d'eux-mêmes pour n'être plus admis à

(1) Ramonède : *Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte,* thèse de Paris, 1883.

se laver les mains des malheurs qu'ils laissent arriver par leur abstention. Il peut être bon que tout jeune docteur frais émoulu n'aborde pas, sans conseils et sans guide, les opérations délicates; mais il faut bien accorder à d'autres le droit de considérer comme élémentaires les précautions qui permettent de ne pas inoculer le péritoine dans une kélotomie simple, et de panser un scrotum sans l'exposer à la gangrène foudroyante. Notez que, dans les cas dont je parle, il n'y a pas d'éventration, pas de large communication avec l'abdomen, pas de masse intestinale à malaxer longtemps pour la réduire; c'est une simple dissection à faire proprement dans le tissu cellulaire des bourses. Et voilà les difficultés qui nous obligeraient à laisser un garçon de 15 ans éloigné des travaux virils, livré à des ménagements continuels, exposé même à des accidents graves!

Cela dit, je vous montrerai sans peine que mes opérations étaient justifiées, car je ne les ai faites qu'après avoir reconnu avec certitude la disposition congénitale, qui d'ailleurs doit être bien fréquente dans les hernies de cet âge, où on ne peut invoquer généralement ni les violents efforts ni le relâchement des tissus. Dans une observation répondant au premier type que j'ai décrit (obs. II), il y avait une mince épiplocèle qui descendait jusqu'au testicule, dans une vaginale ouverte. Je n'ai pas soupçonné l'épiplocèle, mais il y avait aussi du liquide refluant vers l'abdomen; c'est l'hydrocèle réductible qui m'a fait reconnaître la persistance du conduit vagino-péritonéal, et c'est pour elle que j'ai entrepris la cure radicale. Ayant trouvé l'épiploon, me suis-je repenti d'être intervenu? Bien au contraire; l'épiplocèle n'est rien, mais elle annonce l'intestin, elle lui prépare la voie. Tôt ou tard, l'entérocèle serait venue; et cet étroit canal, habité mais non distendu par un épiploon mince et mobile, pouvait devenir le siège d'un étranglement grave. Dans un autre cas, répondant au troisième type (obs. VI), j'avais la sensation très nette d'un liquide refluant vers l'abdomen quand le malade était couché, et s'accumulant, aussitôt levé, dans la partie déclive d'un sac funiculaire, séparé de la vaginale; pour tous ceux qui virent le malade, il s'agissait d'une hydrocèle funiculaire. Ayant ouvert le sac, je ne trouvai pas de liquide, mais une languette épiploïque mobile, avec les rapports que j'ai signalés entre la tunique vaginale, le conduit séreux et les éléments du cordon. Chez un autre enfin, exemple du second type (obs. III), il s'agissait d'une hernie intestinale datant de la première enfance; testicule en ectopie; un bandage, comprimant cet organe, avait dû être abandonné. Fallait-il, en spectateur désarmé, laisser la hernie grossir, le testicule s'enflammer ou dégénérer?

J'arrive à cette conclusion : puisque la cure est bénigne, et puisqu'elle se fait sans mutilation, toute hernie congénitale reconnue, pendant l'adolescence et au delà, peut être opérée de parti pris.

Il y a d'étroits rapports entre la hernie et l'*hydrocèle congénitale;* si bien qu'elles se sont offertes, pour ainsi dire, simultanément à mon observation. Vous avez vu comment il m'est arrivé de prendre l'une pour l'autre, et aussi de méconnaître leur combinaison. C'est que la disposition congénitale est absolument la même dans les deux cas, et comporte les mêmes variétés; il y a des hydrocèles qui entourent le testicule, et d'autres qui restent limitées au cordon, parce qu'elles surviennent dans un canal partiellement oblitéré (obs. IV). Pour compléter l'analogie, je vous proposerai de faire subir à l'hydrocèle un traitement identique à celui de la hernie.

On ne sait, en effet, comment traiter l'hydrocèle congénitale. L'injection iodée est infidèle; il vaut mieux faire l'incision antiseptique, faire sortir le liquide et suturer; beaucoup de chirurgiens conseillent de porter simplement un suspensoir. Pour moi, l'hydrocèle congénitale mérite d'être guérie tout aussi bien qu'une autre, si elle est gênante; et il faut la guérir, même si elle ne l'est pas. En effet, la sérosité importe peu, mais la persistance du conduit vagino-péritonéal est une menace pour l'avenir. L'hydrocèle congénitale, c'est la hernie congénitale au petit pied; la guérison de l'une est la *cure préventive* de l'autre.

Vous n'êtes pas sûr, me dira-t-on, que la hernie surviendra, et vous n'avez pas d'accidents actuels à conjurer. Je répondrai : dès que la persistance du conduit vagino péritonéal se révèle par la présence d'un contenu, liquide ou viscère, il y a tout intérêt à le supprimer; et la cure radicale de l'hydrocèle est encore plus bénigne que celle de la hernie.

L'opération est, d'ailleurs, identique; on rencontre la même disposition, et on procède en tous points de la même manière. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Les méfaits du chloral. (*New-Orléans Journal,* avril 1887.) — D'après le docteur W. Cheatham, l'emploi du chloral à l'intérieur serait susceptible de provoquer un accident dont, que nous sachions, on n'a jamais fait mention parmi les effets accessoires du chloral. Le numéro de janvier 1887, de l'*Alabama med. and surg. Journal,* contient un travail où cet auteur rapporte deux cas d'affections oculaires dans lesquels une photophobie intense aurait suivi de près l'absorption du chloral. L'auteur pense que la kératite et la choroïdite observées sont dues, en partie au moins, à l'emploi de cet agent médicamenteux. Il ajoute qu'il a connu plusieurs cas dans lesquels l'absorption d'une dose de 15 grains (1 gramme environ) de chloral suffirait à déterminer une hyperhémie prononcée de la conjonctive, avec photophobie concomitante.

Ce point de pharmacologie appelle de nouvelles observations. Il est à souhaiter que les praticiens à qui il aurait été donné de faire semblable remarque veuillent bien faire connaître ces cas si intéressants, comme bien on pense, pour la conduite thérapeutique des affections oculaires.

Si ces propositions se vérifiaient, il ne serait pas indifférent d'éliminer de toute thérapeutique oculaire un agent susceptible de congestionner *per se* l'organe malade, comme déjà on le fait dans le traitement des angines érythémateuses pour ce même agent médicamenteux. L'emploi quelque peu prolongé du chloral à l'intérieur est susceptible d'amener sur les téguments l'apparition d'un rash, et comme l'œil, à l'exception de la rétine, se développe par un bourgeon emprunté au même feuillet blastodermique que celui aux dépens duquel se développent les téguments, il n'est pas inadmissible, *à priori,* que le chloral puisse affecter l'œil comme il affecte la peau. — L. Dn.

THÉRAPEUTIQUE

Etude sur l'action thérapeutique du sesqui-bromure de fer dans les diverses formes d'anémie et dans plusieurs autres états pathologiques

Toutes les préparations ferrugineuses ont la même action reconstituante sur l'organisme, mais elles diffèrent entre elles relativement à la rapidité et à l'énergie de leur effet et dans certains cas par une action spéciale eu égard à leur composition.

Le bromure de fer, récemment introduit dans la thérapeutique, se trouvant formé de la combinaison du brome, cet antispasmodique par excellence, avec le fer, le plus puissant des réparateurs, possède au plus haut degré les propriétés reconstituantes du fer,

et exerce, en outre, une action sédative puissante sur le système nerveux et la circulation en diminuant, comme les autres bromures, la sensibilité réflexe. Ce double effet, à la fois sédatif et reconstituant, en fait un médicament précieux pour combattre les différentes formes d'anémie, lorsque, les symptômes nerveux qui se manifestent le plus ordinairement dans ces cironstances venant à prédominer, il *faut calmer sans affaiblir et reconstituer sans exciter.*

Depuis dix-huit ans (1869-1887), nous avons expérimenté l'action du bromure de fer dans la chlorose, la chloro-anémie, l'anémie proprement dite, ainsi que dans la leucorrhée, l'aménorrhée, l'hystérie, l'hydrohémie des femmes enceintes, et nous avons toujours eu à nous louer des résultats obtenus.

Conjointement avec notre confrère, le docteur Vacossin, nous avons étudié, à l'hospice d'Abbeville, l'action du bromure de fer dans l'hypertrophie du cœur, et nous avons toujours constaté que ce traitement palliatif, préconisé en 1835 par Magendie, soulageait les malades en calmant les battements du cœur et la dyspnée tout en relevant leurs forces.

Enfin, dans ces dernières années, nous avons recueilli plusieurs observations de phtisie pulmonaire, de diabète et d'épilepsie dans lesquelles l'emploi du sesqui-bromure de fer paraît avoir donné des résultats favorables et de nature à encourager le médecin à continuer nos premiers essais trop peu nombreux pour être concluants.

La grande solubilité du bromure de fer le rend entièrement assimilable sans le secours des sucs gastriques, il est facilement supporté par l'estomac des dyspeptiques, et il ne détermine jamais ces gastralgies, ces exacerbations et ces pincements d'estomac qui forcent souvent les médecins à renoncer à l'emploi du fer. De plus, il a l'immense avantage de ne *jamais provoquer la constipation.*

Ce qui distingue surtout cette préparation martiale, c'est son degré d'activité relative; en général, 20 à 30 centig. de sesqui-bromure de fer (4 à 6 dragées par jour) sont facilement assimilés et suffisent après huit jours, rarement plus, pour faire ressentir leur action sédative et reconstituante, et la durée du traitement de la chlorose par ce produit est, en moyenne, de 28 à 30 jours.

Son innocuité complète sur l'estomac le plus délicat nous a permis de l'administrer souvent à de tout jeunes enfants dès l'âge de 4 ans (à la dose de 5 à 10 centig. par jour), dans la convalescence des maladies éruptives, dans la chorée, dans la coqueluche et dans les diathèses scrofuleuses et lymphatiques.

C'est au mois de mai 1869 que nous avons expérimenté pour la première fois l'action du bromure de fer dans le traitement des pertes séminales involontaires. Sur 25 cas de spermatorrhée observés de 1869 à 1887, nous avons enregistré 19 guérisons complètes, 4 améliorations notables, dans 2 cas seulement nous avons échoué; hâtons-nous, toutefois, d'ajouter que, dans ces 2 cas, nous avions à traiter des sujets affectés d'anciens rétrécissements graves compliqués d'hypertrophie de la prostate.

Après la chlorose, s'il est un état pathologique qui réclame l'emploi du fer, c'est, sans contredit, l'appauvrissement général de l'économie qui se manifeste chez les tabescents. Lallemand lui-même reconnaissait que les ferrugineux étaient indiqués dans la spermatorrhée, mais, selon lui, ces agents échouaient le plus souvent parce que, la débilité n'existant pas seule, elle était accompagnée d'une surexcitation qui en contre-indiquait l'emploi. Le bromure de fer qui, tout en reconstituant l'organisme, agit directement sur l'état local en diminuant la sensibilité, l'irritabilité des organes de la génération, sans diminuer leur énergie, est bien le médicament qui répond, de tout point, au *desideratum* du professeur de Montpellier.

Nous avons publié, en 1877, un mémoire détaillé, avec observations, sur nos études cliniques du sesqui-bromure de fer dans la spermatorrhée (Paris, Delahaye, 1877), et plus tard, en 1881, nous avons fait paraître, toujours avec observations, un second mémoire sur l'action thérapeutique de cet agent dans les cas d'anémie de formes diverses (Paillart, édit. Abbeville, 1881). Nous regrettons de ne pouvoir ici, faute d'espace, citer à l'appui de ce que nous venons d'avancer quelques-unes des observations types, recueillies par nous ou par d'autres praticiens, dans les affections contre lesquelles le sesqui-bromure de fer a été employé.

Il existe en chimie deux combinaisons de fer et de brome, le *proto-bromure* FeBr et le *sesqui-bromure de fer* Fe^2Br^3, analogues, comme composition, aux deux chlorures de fer FeCl et Fe^2Cl^3. Au début de nos recherches cliniques, nous avions employé indifféremment le proto et le sesqui-bromure de fer, mais, après un grand nombre d'essais comparatifs, nous avons été obligé de reconnaître que nous n'obtenions pas avec le protobromure des effets thérapeutiques ni aussi prompts, ni aussi durables qu'avec le sesqui-bromure de fer, ce qui nous a confirmé dans cette opinion de Mialhe, que « l'assimilation du fer pour la formation des globules sanguins a lieu lorsque le fer est à l'état de *peroxyde* et non pas de *protoxyde* ». (Voir *Mémoire sur la spermatorrhée,* pages 19 et 20.) C'est donc au sesqui-bromure de fer que nous avons donné la préférence.

Le sesqui-bromure de fer étant très hygrométrique et les malades se refusant souvent à l'accepter, à cause de sa saveur styptique et atramentaire sous forme de sirop ou d'élixir, il n'y avait qu'un seul moyen d'avoir un médicament toujours identique, agréable au goût, parfaitement dosé et à l'abri de l'altération de l'air, c'était de le *dragéifier* (1).

Nous appuyant sur dix-huit années d'observations, nous nous croyons autorisé à pouvoir affirmer, sans crainte de démenti, que ce nouvel agent est doué d'une puissance d'action tout à fait exceptionnelle, parfois même héroïque, et que, mieux connu, il est appelé à rendre d'importants services en thérapeutique. Dr HECQUET.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES HÉMORRHOÏDES. — Vallez.

Extrait de feuilles de sureau	4	grammes.
Alun calciné	2	—
Onguent populeum	16	—

F. s. a. une pommade, pour onctions, toutes les deux heures, dans le cas d'hémorrhoïdes fluentes. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nous avons annoncé dans un de nos derniers numéros la mort du docteur Kraus, le fondateur de l'*Allg. Wiener med. Zeitung.* Nous nous associons au deuil de nos confrères de Vienne.

Dans un remarquable article du 7 novembre, le docteur Pichler retrace en un langage ému la vie de son collègue et ami. Nous en extrayons le passage suivant qui intéressera tous les médecins français :

« En 1859, nous eûmes l'idée, Kraus et moi, de répandre dans le monde les doctrines de l'Ecole de Vienne et d'importer chez nous les conquêtes scientifiques faites à l'étranger. Un journal ayant un tel objectif ne pouvait, à notre avis, qu'être publié à Paris et écrit en français. Notre conception fut bientôt réalisée et nous fondâmes la *Clinique européenne.* Ce journal compta bientôt parmi ses collaborateurs les illustrations européennes. Citons Wirchow et Graef (de Berlin) ; Trousseau, Piorry, Nélaton, Velpeau, Hardy, Chassaignac, Desmarres, Sichel (de Paris) ; Todd et Critchett (de Londres), etc. L'avenir de cette publication se montrait brillant et fécond. Mais nous comptions sans la guerre d'Italie. La *Clinique européenne* sombra, mais depuis ce temps l'*All. Wiener med. Zeitung* est restée en bonnes relations avec la capitale française et c'est en témoignage de ce fait que notre feuille a publié de nombreux articles des plus célèbres maîtres de Paris. »

Tous nos remerciements à notre confrère viennois. — Ch. S.

(1) Au début de nos études cliniques, un pharmacien d'Abbeville avait consenti à nous préparer des dragées contenant chacune 5 centigr. de sesqui-bromure de fer; aujourd'hui, c'est M. Montagu, pharmacien de Paris, qui a bien voulu continuer à préparer ces dragées et à y apporter tous ses soins. — Dr H.

COURRIER

Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Demoulin.

— L'ouverture du concours pour un emploi du suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, a eu lieu le mardi 15 novembre 1887, à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury se compose de MM. Peter, président; Damaschino et Ballet (de Paris), Olivier et Petel (de Boron), juges titulaires, et de MM. Dieulafoy et Dejerine, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, sont MM. les docteurs Brunon et Devaux.

La question donnée pour la composition écrite a été : La méningite tuberculeuse.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. le docteur Graciette est nommé bibliothécaire de l'Ecole.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le docteur Bouton est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Nécrologie. — Lundi dernier, les députations représentant les principaux hôpitaux du gouvernement militaire de Paris s'étaient jointes, pour lui rendre les derniers devoirs, aux parents et aux amis de M. le docteur T. Reeb, médecin principal de première classe en retraite, officier de la Légion d'honneur, qui venait de succomber, à l'âge de soixante-trois ans, aux suites d'une cruelle maladie. Comme son frère, le médecin principal C. Reeb, qui conduisait le deuil, notre respecté confrère avait, pendant de longues années, en France aussi bien qu'en Algérie, dans les corps de troupe d'abord, dans les hôpitaux ensuite, rendu de signalés services à la médecine militaire. Il était de ceux qui, sans ambitionner les titres scientifiques obtenus par de nombreuses publications, savent se tenir au courant des progrès de la chirurgie et mériter, dans les situations les plus difficiles, l'estime de leurs chefs et le respectueux attachement de leurs subordonnés. A Strasbourg surtout, pendant le siège, alors qu'il fallait à toute minute faire preuve d'autant de sang-froid que d'habileté chirurgicale, il se montra à la hauteur de tous ses devoirs. (*Gazette hebdomadaire.*)

Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire. — Le docteur Duchastelet commencera ce cours à l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, le mardi 22 novembre, à huit heures du soir et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Hôpitaux de Nantes. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Miraillié, Neveu, Chaillous, Gendron, Guépin, Bichon et Morin.

Internes provisoires : MM. du Bouays du Couësbouc, Sureau et Joüon.

Externes : MM. Sourdille, Leray, Redureau, Chevalier, Neveu-Dérotrie, Briton, Jeulin, Tulasne, Bellouard, Gouraud, Perrault, Brianceau, Renoul et Brindeau.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

N° 144 L'UNION MÉDICALE Mardi 22 Novembre 1887.

Sommaire

Note sur le gigantisme utérin; ses accidents, son traitement,

Communiquée à la Société de médecine de Paris le 22 octobre

Par M. POLAILLON

Il existe une maladie de l'utérus, que l'on confond généralement avec les myomes ou les fibro-myomes de cet organe, et qu'il me paraît utile de distinguer. Je veux parler de l'hypertrophie totale de l'utérus en état de vacuité.

De cause inconnue, cette maladie se rencontre chez les femmes qui approchent de la trentaine, et disparaît très probablement après la ménopause.

Elle est caractérisée anatomiquement par une hypertrophie régulière de tous les éléments, fibres, vaisseaux, muqueuse, qui forment l'utérus, avec cette particularité frappante que la cavité utérine subit un agrandissement proportionnel à l'épaississement de ses parois. L'utérus acquiert des dimensions géantes tout en conservant sa forme normale. On ne saurait mieux désigner cet état morbide qu'en lui donnant le nom de *gigantisme utérin*.

Les annexes, ovaires et trompes, restent ce qu'ils sont à l'état normal, et ne participent point à l'hypertrophie de l'utérus.

Les fonctions de ces utérus trop gros deviennent facilement des phénomènes morbides. Dans les cas légers, qui me paraissent fréquents, les règles sont seulement abondantes et prolongées. Lorsque l'hypertrophie est plus prononcée, les règles deviennent de véritables pertes, et les périodes intermenstruelles sont caractérisées par un écoulement presque continu d'un liquide séro-muqueux plus ou moins abondant. Les rapprochements sexuels deviennent difficiles, non pas parce qu'ils sont douloureux, mais parce qu'ils provoquent souvent de petites hémorrhagies. Enfin, dans les formes les plus avancées, les règles sont des métrorrhagies graves, qui durent dix et quinze jours, et ne cessent que pour faire place à l'écoulement séro-muqueux que je viens de signaler. Le coït, la marche, les secousses d'une voiture déterminent alors, presque à coup sûr, de nouvelles pertes. Les patientes souffrent dans le bas-ventre et rapportent leurs douleurs à une tumeur, qui atteint quelquefois le volume d'une grossesse à cinq ou six mois.

Un utérus géant, dont la muqueuse cavitaire a une étendue dix ou vingt fois plus grande que celle d'un utérus normal, verse à chaque menstruation une quantité de sang disproportionnée avec les forces de la femme affligée d'une pareille affection. Il en résulte, dans les cas légers, un affaiblissement plus ou moins considérable, et, dans les cas graves, une anémie qui peut aller jusqu'à la mort.

L'écoulement séro-muqueux de la période intermenstruelle tient à la sécrétion exagérée des glandes hypertrophiées de la muqueuse utérine. Il constitue un accident fort désagréable pour les malades, et contribue encore à les affaiblir.

Le gigantisme utérin, arrivé au point de former une tumeur volumineuse et de menacer les jours des malades, est une affection que je crois assez rare.

Les signes qui permettent de le reconnaître sont : 1° la présence d'une tumeur régulière, uniforme, qui ressemble beaucoup à une grossesse de quatre, cinq ou six mois, tumeur qui augmente de volume pendant la période menstruelle et subit une sorte de retrait dans l'intervalle des menstrues; 2° l'hémorrhagie périodique coïncidant avec les règles; 3° l'écoulement séro-muqueux dans l'intervalle des règles; 4° l'agrandissement de la cavité utérine, non seulement en profondeur, mais aussi en largeur.

Indépendamment de ces signes spéciaux, le gigantisme utérin se distingue du myome et du fibro-myome par la régularité de sa forme, et par sa consistance un peu élastique, moins dure que celle du corps fibreux.

La ménopause met un terme aux hémorrhagies du gigantisme utérin. Mais ces hémorrhagies sont quelquefois si graves qu'il n'est pas prudent de temporiser jusqu'à l'époque ds la cessation des règles, et qu'il est impérieusement indiqué d'intervenir.

Trois moyens s'offrent à nous pour produire la régression de l'utérus hypertrophié et par suite pour combattre les pertes de sang, ce sont : le seigle ergoté, l'électricité et la suppression des ovaires.

L'ergotine, administrée en potion, en injections hypodermiques et en injections dans le parenchyme utérin, réussit ordinairement assez bien pour modérer l'abondance des règles, et pour permettre aux malades d'atteindre l'époque curative de la ménopause. Mais, dans les cas graves, l'ergotine n'est qu'un palliatif insuffisant.

L'électricité, sous la forme de courants continus appliqués directement sur l'utérus, me paraît utile pour amener le retrait de son tissu hypertrophié. On sait que l'électricité n'a qu'une influence incertaine sur la régression des fibromes véritables. Mais il en est autrement pour les tumeurs formées de fibres lisses, et en particulier pour l'hypertrophie des parois de l'utérus. Aussi les courants continus doivent-ils être essayés dans l'affection qui nous occupe.

Si les hémorrhagies résistent aux courants continus et à l'ergotine, si la vie des patientes est en danger, il faut alors recourir sans hésitation à l'opération de Battey.

Puisque la cessation des fonctions ovariennes entraîne, à l'âge critique, la suppression des règles normales et des règles pathologiques qui tiennent à une hypertrophie de l'utérus, il est logique d'en conclure que l'ablation des ovaires, en produisant une ménopause précoce, donnera le même résultat. Par conséquent, le remède par excellence du gigantisme utérin et des hémorrhagies concomitantes est l'ablation des deux ovaires. MM. Duplay et Lawson Tait ont préconisé cette opération dans toutes les tumeurs utérines avec hémorrhagies incoercibles; mais elle ne réussit pas toujours dans les cas de fibromes, tandis que son effet est certain dans le gigantisme utérin. Elle agit non seulement en arrêtant la fluxion mensuelle de l'ovulation, mais encore en supprimant avec les trompes et les ovaires un grand nombre de vaisseaux dont la ligature contribue pour beaucoup à l'atrophie de l'utérus.

A l'appui de cette courte note, je publie le fait suivant, qui est la démonstration de ce que j'ai avancé :

Gigantisme utérin. — Métrorrhagies incoercibles. — Anémie grave. — Ablation des ovaires et des trompes — Guérison. (Observation d'après les détails recueillis par M. Janet, interne du service.)

C..., Louise, âgée de 40 ans, entre, le 8 juillet 1887, dans le service de M. Polaillon, à la Pitié, salle Gerdy, nº 23.

Rien à noter dans les antécédents de la malade. Réglée à 15 ans, ses menstrues étaient peu abondantes bien que régulières.

Sa mère est morte eu couches. Son père et sa sœur sont bien portants.

En 1870, à l'âge de 23 ans, Louise C... eut une fille après un accouchement laborieux. C'est la seule couche qu'elle ait eue.

A l'âge de 28 ans, elle s'aperçut que ses règles devenaient beaucoup plus abondantes qu'auparavant. Un médecin fut consulté. Il diagnostiqua une congestion du col de la matrice. et appliqua plusieurs sangsues. Il en résulta une hémorrhagie qui fut très difficile à arrêter.

De mois en mois les règles devinrent de plus en plus abondantes, jusqu'à déterminer de véritables pertes. On fit des cautérisations sur le col, on administra du seigle ergoté, on condamna la malade au repos; mais on n'obtint que des améliorations passagères.

Douze années se passèrent ainsi. Mais les hémorrhagies augmentant à chaque époque, et l'affaiblissement des forces devenant de plus en plus considérable, la malade se décida à entrer à la Pitié (le 8 juillet 1887).

Elle est, en effet, dans un état d'anémie profonde. Les muqueuses sont décolorées; sa peau a une teinte pâle comparable à celle de la cire. Elle peut à peine se tenir debout. Elle éprouve des battements de cœur et des vertiges, lorsqu'elle essaie de faire des mouvements et de marcher. Enfin, elle se plaint d'une perte de la mémoire et d'un affaiblissement des facultés intellectuelles qui l'empêche de penser.

En palpant l'abdomen, je trouve dans le bas-ventre une tumeur arrondie, lisse, assez dure, indolente, plus grosse que le poing et dépassant le bord supérieur du pubis d'environ trois travers de doigt. En pratiquant le toucher vaginal, il est facile de reconnaître que cette tumeur n'est autre chose que l'utérus. Le col est lui-même plus gros qu'à l'état normal et assez dur.

Avec le spéculum, je constate que le col est violacé, sans ulcération, avec un orifice transversal de dimensions normales.

L'hystéromètre ne peut pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus. Je n'insiste pas sur l'exploration avec cet instrument, afin de ne pas provoquer une perte de sang. Je me sers alors d'une sonde en gomme d'environ 3 millimètres de diamètre. Celle-ci pénètre très facilement. En la poussant doucement, elle disparaît complètement dans la cavité utérine. Il est évident qu'elle se replie dans cette cavité, qui est très agrandie.

Je remarque que, par l'orifice de la sonde introduite dans l'utérus, s'écoule goutte à goutte un liquide séro-muqueux, d'une coloration ambrée. Je recueille ainsi une vingtaine de grammes de ce liquide, dans lequel le microscope a reconnu des leucocytes et des cellules épithéliales détachées de la muqueuse utérine. Comme je manifestai ma surprise d'un pareil écoulement, la patiente m'apprit que, dans l'intervalle de ses règles, elle perdait constamment un liquide semblable, qui tachait son linge et l'obligeait à se garnir.

En résumé, je me trouvais en présence d'une tumeur avec agrandissement de la cavité utérine, hémorrhagies périodiques coïncidant avec les règles, et écoulement séro-muqueux dans l'intervalle des règles.

A quelle maladie avais-je affaire?

Je ne crus pas devoir m'arrêter à l'idée d'un gros polype intra-utérin, puisque le col n'était pas effacé et puisqu'il n'y avait jamais eu de douleurs expulsives.

Etait-ce un fibro-myome intra-pariétal ou sous-péritonéal? Mais le fibro-myome ne donne que rarement une tumeur aussi régulière. Il occasionne des métrorrhagies qui ne sont pas aussi exactement limitées aux époques menstruelles. Il ne produit pas d'écoulement séro-muqueux. Enfin, quand il distend la cavité utérine de manière à lu donner de grandes dimensions, il acquiert un volume énorme, beaucoup plus considé-

rable que celui de la tumeur que j'observais. Le diagnostic de myome ou de fibromyome ne pouvait donc me satisfaire.

En rapprochant ce fait de quelques autres dont j'avais gardé le souvenir, j'arrivai à conclure qu'il s'agissait d'une hypertrophie simple des parois de l'utérus avec agrandissement proportionnel de sa cavité. En un mot, j'avais affaire à un utérus géant dont les fonctions n'étaient plus compatibles avec l'existence de la malade.

Le 18 juillet, les règles apparurent et durèrent dix jours avec une extrême abondance, malgré l'administration de l'ergotine et malgré le repos absolu au lit. Les accidents de l'anémie augmentèrent d'une manière inquiétante.

Je remarquai que, pendant la période menstruelle, le globe utérin s'était très notablement tuméfié.

Le danger me parut trop grand pour m'attarder plus longtemps à l'emploi de l'ergotine et pour essayer l'effet des courants continus. Il ne restait plus d'autre chance de salut que l'ablation des ovaires, moyen héroïque qui devait couper court à tous les accidents, en supprimant les règles et en amenant une atrophie consécutive de l'utérus. Cette opération fut proposée à la malade, qui l'accepta avec empressement.

Opération le 6 août. — Après avoir pris les précautions d'usage pour évacuer l'intestin et rendre le vagin aseptique, la patiente est transportée dans le pavillon spécial destiné aux ovariotomies.

Anesthésie par le chloroforme.

Incision de 10 centimètres sur la ligne médiane, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le péritoine étant ouvert, on aperçoit le corps de l'utérus, dont la coloration est rouge et dont la surface est sillonnée de vaisseaux.

Je vais à la recherche de l'ovaire gauche, que j'amène assez facilement au dehors, ainsi que la trompe. Une forte pince à pression continue est placée sur le ligament large, au-dessous de l'ovaire; puis le pédicule est lié en deux faisceaux avec un fil de soie antiseptique. L'ovaire et la trompe sont alors enlevés par une section à 1 centimètre au delà de la ligature.

L'ovaire droit est un peu plus difficile à trouver et à pédiculiser. Je procède, comme je viens de le dire, pour en faire l'ablation.

Les deux pédicules sont alors abandonnés dans la cavité abdominale, qui est refermée par trois points de suture profonde et six points de suture superficielle, les uns et les autres en fil d'argent.

Pansement de Lister. Epaisse couche d'ouate et compression légère autour de l'abdomen avec une ceinture de flanelle.

La durée de l'opération a été d'une demi-heure.

Les suites furent très simples. La douleur du ventre fut très modérée et ne se manifesta que pendant les mouvements. Point de vomissements. Emission spontanée des urines.

Dans la soirée du jour qui suivit l'opération, la température monta à 38° et le pouls à 96.

Le 8 août. — La température fut de 37°8 le matin et de 38° le soir. La malade se mit à perde par le vagin une quantité assez considérable de sang, comme si elle avait ses règles. Elle ne devait avoir son époque que vers le 14 août. Le traumatisme opératoire a donc eu pour effet, ce qui arrive souvent, de faire avancer les règles. Mais il est remarquable que l'époque soit arrivée, malgré l'ablation des ovaires.

Le 9. — La température baissa de quelques dixièmes de degré. Les règles continuèrent abondamment, mais cependant il ne sembla pas urgent d'intervenir pour les arrêter.

Le 10. — Temp. 37°2, pouls 88. Les règles cessent brusquement.

Les jours suivants, l'alimentation est progressivement augmentée.

On fit quatre pansements pour retirer les fils de la suture. La réunion immédiate était parfaite.

Les 23 et 24. — Il se manifeste un peu d'écoulement sanguin par la vulve.

Le 28. — L'opérée commence à se lever.

Le 2 septembre.—Elle quitte le pavillon d'ovariotomie de la Pitié pour rentrer chez elle.

Louise C... est revenue nous voir au milieu d'octobre. Sa santé est très bonne. Elle n'a pas eu la moindre trace de règles ni d'écoulement séro-muqueux. Les accidents causés par son anémie profonde ont en partie disparu. La mémoire revient. Elle n'a plus cette faiblesse de l'intelligence et cette impressionnabilité qui lui étaient si pénibles. Ses forces augmentent de jour en jour. La peau a pris la coloration de la santé. Enfin, l'utérus a diminué de volume d'une manière considérable; ses dimensions sont environ trois fois moindres qu'au moment de l'opération. Il est évident qu'il va se rétracter encore et qu'il subira l'atrophie qui accompagne l'âge critique.

En un mot, l'ablation des ovaires a amené la guérison complète de la malade.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER (PREMIER SEMESTRE 1887) (1).

M. Gilis communique une observation de *kyste de l'ovaire* traité avec succès par l'ovariotomie. L'opération avait été rendue urgente par des phénomènes d'étranglement interne dus à la compression; le côlon descendant était tellement rempli de gaz et donnait tellement de météorisme à toute la région de l'intestin, qu'il était difficile d'avoir, par la percussion, des données bien exactes. La partie kystique principale reposait sur un kyste dermoïde rempli d'une matière caséeuse au milieu de laquelle se trouvaient des poils en abondance; ce kyste avait le volume des deux poings. A côté se trouvait encore une masse, moitié moins volumineuse, d'aspect blanchâtre, de consistance ferme, peut-être de nature sarcomateuse.

M. Espagne signale les *propriétés irritantes du cérat camphré* en application sur les plaies. Il rapporte l'observation d'une femme qui, blessée au poignet, atteinte consécutivement d'un abcès superficiel et presque guérie après quelques jours d'un traitement émollient, présenta une recrudescence des phénomènes inflammatoires généraux et locaux sous l'influence de l'application intempestive d'un cérat fortement camphré.

M. Truc rapporte un cas d'*ostéo-myélite* observé chez un homme de 55 ans. L'intervention eut lieu tardivement, dans le cours d'un état général grave, d'une inflammation oseuse intense et de fusées purulentes étendues. Après un lavage antiseptique des abcès, on trouva le fémur détaché largement du périoste, blanc mat et sonore; une brèche faite au ciseau (fente de trépan) conduisit sur quelques séquestres parcellaires. Drainage soigné, pansement de Guérin. Amélioration passagère, puis fièvre vive, collapsus et mort le troisième jour. A l'autopsie, on trouva une ostéo-myélite fémorale remontant jusqu'à la racine de la cuisse; pas d'hyperostose; quelques séquestres minuscules et anciens au niveau de la brèche osseuse chirurgicale, deux ou trois flocons purulents dans le genou; pas d'abcès. M. Chalot croit que l'issue fatale est due à une ostéite septique post-opératoire, opinion que ne partagent pas les autres membres de la Société.

M. Dumas présente les *organes pelviens d'une femme atteinte de cancer du rectum.* La tumeur siégeait très haut dans l'intestin et avait produit des délabrements locaux considérables, sans retentissement général bien marqué; à plusieurs reprises, on avait simplement constaté des poussées aiguës et subaiguës de pelvi-péritonite. A l'autopsie, la paroi antérieure du rectum était complètement détruite sur une assez vaste étendue, et la paroi postérieure de l'utérus était venue combler cette solution de continuité; grâce à des adhérences péritonéales, il ne s'était pas produit d'épanchement de matières fécales dans la séreuse.

M. Espagne parle à la Société des *effets analgésiques de l'antipyrine;* il a vérifié avec succès les expériences de M. G. Sée. M. Brousse a vu, dans le service de M. le profes-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 19 novembre 1887.

seur Combal, d'excellents effets de ce médicament dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. Tédenat fait une très intéressante communication sur une variété d'*épulis* dont il lui a été donné d'observer plusieurs cas. Dans cette variété, qui n'a pas encore été signalée, la tumeur se développe dans le cément de la dent, et il propose de lui donner le nom d'ostéo-sarcome cémentaire. M. Tédenat montre une première bicuspide gauche de la mâchoire inférieure qui présente une tumeur du volume d'une cerise s'implantant par un pédicule long de 4 millim., épais de 2 millim., dans la partie moyenne du sillon antérieur de la racine. Ce pédicule pénètre profondément dans l'épaisseur du cément, la dent ne présente aucune trace de carie; sa couleur est partout celle des dents saines. Le néoplasme est ici constitué par du sarcome fasciculé avec quelques myéloplaxes, sans trabécudes d'ossification. Le sujet qui présentait cette tumeur était un homme de 30 ans, jouissant d'une excellente santé; dents régulières, saines, belles. A l'âge de 27 ans, une petite tumeur parut dans le sillon inférieur qui sépare les deux bicuspides inférieures gauches; elle acquit en quatre ou cinq mois le volume d'un gros pois. Le 15 mai 1883, excision de la tumeur, cautérisation énergique avec le thermocautère. Au mois de décembre de la même année, la tumeur reparaissait avec les mêmes caractères (coloration rouge foncé, consistance ferme, absence de douleurs). Le 20 avril 1884, elle avait la dimension d'une grosse cerise, et la première petite molaire, de laquelle la tumeur était plus rapprochée que de la seconde, paraissait un peu ébranlée. Après l'arrachement de la dent, il n'y eut pas de récidive.

M. Ténedat communique une deuxième observation semblable à la première et possède encore deux autres cas analogues. Dans tous ces faits, la récidive a fait défaut. Il y a une conclusion pratique à en tirer : c'est d'examiner dans tous les cas d'épulis les rapports que la tumeur peut avoir avec les dents. Avec une spatule, un stylet, on essayera de contourner la masse morbide, afin de s'assurer de son point d'implantation. Si on la voit naître d'une dent, celle-ci sera arrachée. Dans le cas où la néoplasie s'implanterait sur la dent, l'opération serait terminée; dans le cas contraire, l'ablation de la dent permettrait une rugination complète ou une résection du rebord alvéolaire, précaution presque indispensable pour éviter la récidive, si fréquente lorsque l'on se contente d'exciser l'épulis et même quand on y ajoute une cautérisation ignée. Il n'existe pas de moyen clinique certain autre que l'ablation des dents, permettant de distinguer cette variété d'épithéliomas de ceux qui siègent sur la muqueuse pariétale.

M. Tédenat a encore observé un cas, unique dans la science, d'*épithélioma térébrant de la pulpe d'une dent non cariée et sainea en pparence.*

M. Lannegrace lit un mémoire ayant pour but de démontrer l'importance de l'examen du pharynx pour le *diagnostic différentiel de certaines laryngites*. Dans certains cas, le diagnostic de la nature tuberculeuse ou syphilitique du mal peut être fait nettement d'après le caractère des lésions laryngées; mais dans ceux qui sont douteux, l'examen de pharynx peut donner des indices précieux pour fixer le traitement. Parfois ce dernier examen est décisif ainsi que le prouve l'observation suivante : Une malade de l'hôpital Saint-Eloy est atteinte d'aphonie complète et de dysphagie. A l'examen du larynx, on trouve une sténose considérable des parties glottiques; les cordes ne sont plus distinctes; la partie antérieure de la glotte est comblée par un pont membraneux, la partie postérieure est convertie en une espèce de trou béant. Les sténoses laryngées, dans la grande majorité des cas, sont dues à des accidents syphilitiques, quelquefois seulement à d'autres causes. Les commémoratifs n'apprenaient rien chez le sujet en question, mais l'examen du pharynx vint lever tous les doutes. Le fond de la gorge, le voile du palais, la région amygdalienne présentaient un tissu de cicatrice blanchâtre, fibreux, feutré, tout à fait caractéristique. La luette avait à peu près complètement disparu. Ces lésions pharyngées sont la trace incontestable d'accidents syphilitiques tertiaires.

M. Truc lit un mémoire étendu sur *la valeur thérapeutique des fistules péritonéo-cutanées et le drainage permanent dans l'ascite chronique*. Les conclusions de ce travail

sont les suivantes : Dans l'ascite chronique, les fistules péritonéo-cutanées, traumatiques, chirurgicales ou spontanées n'entraînent pas ordinairement des conséquences fâcheuses. Dans le cas où le liquide ascitique est très abondant, se reproduit rapidement et exige des ponctions incessantes, ces fistules peuvent être utiles. On doit les respecter si elles surviennent accidentellement ou spontanément, et même, exceptionnellement, les provoquer et les rétablir. Le drainage permanent ne saurait être pratiqué dans ces mêmes conditions et lorsque l'établissement fistulaire est insuffisant ou irréalisable. La fistule et le drainage n'empiètent pas sur les indications des ponctions ascitiques, mais constituent pour certains cas un complément thérapeutique. Une asepsie parfaite est toujours de rigueur. De la discussion engagée à la suite de cette lecture entre les membres de la Société, il résulte que les fistules péritonéo-cutanées ne sont pas rares et que leur bénignité est cliniquement démontrée.

M. Mossé se demande si la défense formulée dans les ouvrages de toxicologie d'*administrer du sel sous aucune forme, après l'ingestion du calomel*, est bien légitime. Il existe normalement dans l'intestin et dans l'estomac du chlorure de sodium qui, en l'absence d'aliments salés, pourrait facilement, s'il y avait tendance, provoquer la transformation du calomel en sublimé. Au laboratoire de thérapeutique, M. Mossé a administré à des chiens tantôt du calomel seul, tantôt du calomel suivi, peu après, de l'ingestion d'une certaine quantité de chlorure de sodium. Dans presque tous les cas, les résultats ont été les mêmes. Un seul chien, après 10 grammes de sel marin, eut des déjections sanguinolentes. Les craintes actuelles pour l'alimentation sont donc exagérées, mais il faut continuer à être prudent, surtout dans la thérapeutique infantile. M. Lannegrace pense qu'il faut tenir compte, pour apprécier ce défaut de transformation dans les conditions habituelles, des albumines qui, dans le sang et le tube digestif, enrobent en quelque sorte le calomel.

Notre confrère fait encore une communication sur l'*emploi du chlorure de méthyle dans les névralgies*. Il rapporte l'histoire d'un malade qui entra dans son service à l'hôpital Saint-Eloi pour une névrite sciatique du côté droit, avec une atrophie musculaire du même côté et des douleurs intolérables On employa sans succès les vésicatoires, les pointes de feu, l'acide sulfurique, le traitement antisyphilitique. Une première pulvérisation de chlorure de méthyle, d'ailleurs légère, amena une sédation notable pendant quarante-huit heures. Une deuxième pulvérisation, beaucoup plus énergique, provoqua de la vésication et une énorme phlyctène, mais le malade fut réellement soulagé pendant plusieurs jours. Au bout de quelque temps, les douleurs locales reparurent et il s'y joignit des phénomènes asphyxiques; le malade mourut. On trouva à l'autopsie une tumeur du sciatique, qui avait d'ailleurs été diagnostiquée par M. le professeur Combal, et une tumeur de pneumogastrique. Il semble résulter de cette observation que le chlorure de méthyle a une action bienfaisante, non seulement dans la névralgie, mais encore dans les névrites.

L'espace nous manque malheureusement pour tout exposer avec les détails nécessaires ; nous devons donc nous borner à signaler le travail de M. Dumas (de Lédignan) sur la *dilatation du vagin pendant l'avortement*, dilatation qui, pour lui, résulte de la contracture des ligaments de suspension et de fixité de l'appareil génital, et le mémoire de M. Imbert sur la *détermination directe à l'aide d'instruments nouveaux de la tension intra-vulvaire et de celle de la poche des eaux*. — Paul Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Cure radicale d'une hernie congénitale étranglée. — Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies congénitales. — Anus iliaque.

M. de Saint-Germain présente un ouvrage de M. le docteur Parker, sur le *pied-bot congénital*.

M. Segond dépose sur le bureau de la Société une observation de M. Widal, intitulée : *Plaie du gros intestin, anus artificiel, opération secondaire, guérison.*

— M. Anger rapporte un cas de hernie congénitale étranglée qu'il a opérée il y a trois semaines. Au lieu de faire la réunion primitive, il a préféré laisser suppurer la plaie et il pense que de cette façon la cicatrice obtenue présentera une résistance plus grande. Il préconise le port d'un bandage après la cure radicale.

M. Terrier croit que les indications de la cure radicale doivent varier dans des proportions considérables suivant l'âge de l'individu. La hernie congénitale, en effet, se rencontre à toutes les périodes de la vie, aussi bien à 6 mois, qu'à 30 ou 50 ans. On peut donc la considérer : 1° chez l'enfant; 2° chez l'adulte. Chez l'enfant, la hernie congénitale n'est que le vestige d'un état physiologique qui persiste normalement chez certains animaux, le cheval par exemple. Or, cette hernie a une certaine tendance à guérir spontanément, ou par le port d'un bandage. Il est donc permis de se demander si, en présence d'un enfant porteur d'une hernie congénitale, il n'est pas préférable d'attendre que la nature se charge de la guérison.

Chez l'adulte, la question soulevée par M. Richelot est plus complexe. Faut-il conserver le testicule ou faire la castration? Suivant M. Terrier, on doit distinguer deux cas. Ou bien il y a ectopie testiculaire, ou bien le testicule est en place. Pour le premier cas, on se trouve en présence de deux solutions : ou enlever le testicule, ou le conserver en laissant une partie du sac. Pour sa part, il est d'avis de toujours l'enlever, car sa présence constitue une prédisposition à une affection testiculaire ultérieure et laisse en en même temps place à la récidive. Lorsque le testicule est dans sa position normale, on doit dans tous les cas le garder.

Reste à examiner la question du procédé opératoire. Avec M. Lucas-Championnière, il pense que le procédé employé par M. Terrillon ne vaut pas l'ablation totale du sac. Sur trente cures radicales de hernie qu'il a pratiquées, il n'a rencontré qu'une seule fois une hernie congénitale : il a divisé la gaine vaginale en deux parties, disséqué et lié la partie supérieure, puis fermé au catgut la partie inférieure autour du testicule. La dissection de la gaine vaginale est difficile; ce n'est cependant pas une opération aussi difficile que semble le dire M. Championnière; elle peut s'exécuter en trois quarts d'heure ou une heure.

L'antisepsie parfaite donne la réunion immédiate sans suppuration, et alors la cicatrice est beaucoup plus solide que si la plaie a suppuré. Il en est de même après l'ovariotomie : la suppuration favorise l'éventration ultérieure. Il faut donc éviter à tout prix cette complication, et sur ce point M. Terrier est d'un avis entièrement opposé à celui de M. Th. Anger.

M. Berger veut surtout combattre par les résultats de la statistique cette opinion, à savoir qu'il n'y a plus de contre-indications à la cure radicale des hernies, et que toutes peuvent et doivent être ainsi supprimées. Il est convaincu, au contraire, que les indications sont extrêmement restreintes. Substituer la cure radicale au bandage, c'est déclarer que la hernie ne guérit pas sans opération et, de plus, que la cure radicale est toujours bénigne et toujours efficace.

Pour ce qui est de la cure spontanée des hernies congénitales, il est certain que le bandage suffit souvent seul à les faire disparaître, surtout chez les enfants et les jeunes gens. Sur 10,000 observations qu'il a recueillies au Bureau central, il a constaté 1,212 hernies inguinales chez des sujets masculins âgés de moins de 15 ans et, sur celles-ci, 271 étaient congénitales. Or, il ressort des autres chiffres cités par l'orateur que, chez l'adulte, et dans les observations ainsi recueillies par lui, il n'existe plus de hernies congénitales développées dans la première ou la seconde enfance. En est-il de même pour les hernies contractées après la quinzième année? Assurément, dans le plus grand nombre des cas. Ces hernies, en effet, par l'application d'un bandage porté nuit et jour finissent par guérir ou disparaître. La plupart des sujets ont même pu faire leur service militaire. Les résultats sont moins favorables cependant lorsque la hernie est apparue trop tard.

Au point de vue des complications, il est certain que l'étranglement de la hernie congénitale est grave, mais il ne faudrait pas adopter l'avis d'un certain nombre de chirurgiens qui prétendent que ces hernies ne se peuvent réduire par le taxis. M. Berger en a réduit plusieurs sous le chloroforme. Cette bénignité relative s'explique par l'intervention en général rapide, étant donné la brusque apparition et la gravité précoce des accidents.

Reste à savoir si la cure radicale, dans les cas ordinaires, est suffisamment bénigne et efficace. Or, d'après les statistiques de Socin, de Michel Benk et d'autres auteurs, l'intervention n'est pas absolument inoffensive. La proportion la plus faible de mortalité est de 1 p. 100. Assurément, cela est peu, mais c'est encore beaucoup trop si on considère que les malades porteurs de hernies congénitales succombent très rarement du fait de leur hernie. C'est là une considération de la plus haute importance, car si elle prouve que la cure radicale réussit souvent, elle démontre aussi qu'elle procure une mortalité plus élevée que l'abstention. Un bon bandage suffit souvent à guérir la hernie. Quelquefois, il est vrai, le malade la voit récidiver; mais c'est que la hernie était apparue très tard, de 30 à 40 ans, par exemple.

M. Berger pense qu'il ne faut pas se hâter de généraliser. Les indications de la cure des hernies congénitales sont peu nombreuses et peuvent être formulées de la façon suivante :

1° On n'est jamais autorisé à pratiquer cette opération, même lorsqu'il y a ectopie testiculaire, chez les malades âgés de moins de 15 ans, car, dans nombre de cas, on a vu des guérisons spontanées.

2° Au delà de cet âge, il faut réserver la cure radicale aux cas où, malgré le bandage, la hernie congénitale persiste et augmente de volume; mais il importe de faire toujours un essai prolongé de cure par le bandage.

3° Elle est indiquée lorsque, après 15 ans, une ectopie testiculaire ou l'irréductibilité de l'épiploon empêche l'application d'un bandage.

4° On ne doit jamais enlever le testicule en dehors des cas où il est en ectopie.

Pour ce qui est de l'hydrocèle congénitale, M. Richelot a dit qu'elle était une hernie en puissance. Or, cela est extrêmement rare. Sur 271 cas de hernies congénitales, M. Berger a noté 16 cas dans lesquels l'hydrocèle précédait ou accompagnait la hernie. Bien plus souvent, l'hydrocèle suivait la hernie. Là encore, l'application d'un simple bandage suffit. En cas d'insuccès, les injections d'alcool ou la cautérisation au nitrate d'argent amènent la guérison.

M. Segond constate que la question soulevée par M. Richelot s'est singulièrement agrandie; il se contentera de ramener la discussion sur son terrain primitif. Trois points sont réellement en litige : 1° le manuel opératoire considéré dans son ensemble; 2° la dissection du sac; 3° la nécessité de la castration.

Au point de vue opératoire, il déclare que les meilleurs préceptes à suivre sont ceux qu'a donnés M. J. Lucas-Championnière.

Sur le second point, M. Richelot a dit que la dissection du sac était toujours possible. Or, il est des cas où cette dissection est impossible, sous peine de s'exposer à léser les éléments du cordon et à compromettre la vitalité du testicule. Il est d'avis que, dans ces cas, on peut avoir recours au capitonnage, complété par la suture interne du collet du sac de Czerny.

M. Segond repousse absolument la castration. Un auteur allemand a dit ceci : Pour peu que la dissection du sac soit difficile, il faut enlever le testicule. On ne peut admettre une pareille conclusion.

Les indications de la cure radicale dépendent beaucoup de l'impression du chirurgien. D'après Socin, la meilleure condition est que l'on ait affaire à une petite hernie récente, chez un sujet jeune et bien portant. Mais c'est alors que la hernie a le plus de tendance à guérir.

Pour ce qui est du bandage, MM. Championnière et Socin pensent qu'il est inutile et souvent même nuisible. Cela peut être pour les petites hernies; mais, pour les grosses,

il faut un bandage. Celui-ci, d'ailleurs, diffère absolument du bandage ordinaire, et son usage est très facilement supporté par les malades.

— M. Guerlain (de Boulogne) dépose sur le bureau de la Société une observation ayant pour titre : *Prolapsus complet de la matrice datant de sept ans chez une femme de 47 ans; opération par un procédé spécial.*

— M. Reclus présente des pièces provenant d'une malade chez laquelle il a pratiqué un *anus iliaque* pour un épithélioma du rectum. A cette occasion, il décrit le procédé dont il a usé pour cette opération, procédé peu usité en France, très en honneur au contraire en Allemagne. A 4 centimètres au-dessus de l'arcade crural du côté gauche et parallèlement à elle, il a fait une incision de 5 centimètres de longueur; le doigt ayant ramené une anse intestinale qui fut facilement reconnue pour être l'S iliaque, une lame de tarlatane iodoformée fut passée à l'aide d'une pince à pression au niveau du bord adhérent du mésocôlon iliaque, et les deux extrémités de la tarlatane furent solidement fixées à la peau à l'aide de collodion. L'intestin se trouvait donc ainsi attiré en dehors de la cavité péritonéale et faisait au-dessus de la peau une saillie du volume d'une noix. La section de l'intestin ne fut pas pratiquée immédiatement; un pansement protecteur fut appliqué sur la région, et, aussitôt, les épreintes douloureuses dont le malade se plaignait depuis plusieurs mois disparurent.

Six jours après, le pansement était enlevé; l'anse intestinale adhérait solidement à la paroi; une incision fut pratiquée avec le thermo-cautère. Suivant la règle, la débâcle ne se produisit que quelques jours après. Pendant sept mois, les fonctions s'accomplirent très régulièrement; il n'y eut de procidence de la muqueuse à aucune époque. La malade a succombé dimanche dernier à la cachexie cancéreuse.

On peut constater, sur cette pièce, que l'anus artificiel est très petit, présente quelques plis radiés, et que les deux bouts, supérieur et inférieur, sont juxtaposés en canon de fusil, et forment un éperon assez saillant pour empêcher le passage des matières fécales dans le bout inférieur.

M. Trélat a pratiqué trois fois, l'an dernier, cette opération en créant un anus iliaque par la méthode généralement adoptée en France, et il se demande s'il est bon d'ouvrir le plus tôt possible une voie aux matières fécales. Sur ses trois opérés il a eu, dans deux cas, un phlegmon de la paroi qui a singulièrement retardé la guérison; dans le troisième, un succès rapide et complet. Il est certain que l'anus lombaire donne moins souvent lieu aux complications. Par le procédé qu'il a employé, il a eu un très grand éperon et une éversion assez considérable de la muqueuse. Reste à savoir si le mode opératoire emplyoyé par M. Reclus donne des résultats généraux suffisamment bons malgré le petit calibre de l'anus ainsi créé.

M. Reclus croit que cette ouverture est suffisante, puisque pendant sept mois les fonctions se sont accomplies d'une façon très régulière. Si elle eût été insuffisante, il aurait eu recours au spéculum de M. Segond pour l'agrandir.

— M. Anger présente le malade chez qui il a pratiqué, il y a trois semaines, la cure radicale pour une hernie congénitale étranglée. Il est convaincu que, par la suppuration, il a obtenu une cicatrice plus résistante.

MM. Trélat et Lucas-Championnière s'élèvent avec force contre cette opinion. La réunion primitive donne des cicatrices plus solides.

— La séance est levée à cinq heures un quart. — E. V.

FORMULAIRE

Mixture contre le coryza — Brand.

Acide phénique....................	4 gr. 50 centigr.
Ammoniaque........................	4 — 50 —

Alcool............................ 1 gr. 50 centigr.
Eau distillée......................... 10 grammes.

Faites dissoudre. — Une éponge imbibée de cette solution est introduite dans un cornet de papier, et l'on respire les vapeurs qui s'en dégagent, dans le cas de coryza aigu. — Ce moyen est souvent employé en Allemagne. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Un prince médecin. — Le prince Louis-Ferdinand de Bavière, cousin du défunt roi Louis II, vient de recevoir, de l'Université de Bologne, le diplôme de docteur en médecine. Il y a quatre ans, il avait déjà obtenu un diplôme de docteur à Munich, et il pratiquait fréquemment à l'hôpital du district auquel appartient le château royal de Nymphenburg. Ce n'est point d'ailleurs le seul prince qui ait sollicité et obtenu par des examens sérieux le titre de docteur en médecine. (*Gazette hebdomadaire.*)

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — La séance de rentrée a eu lieu, le samedi 5 novembre, dans le grand amphithéâtre d'anatomie. Le doyen de la Faculté, M. Tourdes, a d'abord donné quelques conseils aux étudiants, puis il a fait l'éloge de MM. Sarazin et Aronsohn, anciens professeurs agrégés de la Faculté de Strasbourg, décédés à Paris dans le courant de cette année.

M. Hecht a prononcé le discours d'usage. Il avait choisi comme sujet les droits et les devoirs du médecin.

M. Bernheim a lu son rapport sur les thèses couronnées, dont il a fait l'analyse rapide. Le nombre des thèses, en augmentation sur les années précédentes, a été de vingt-six pendant la dernière année scolaire.

Les prix ont été décernés dans l'ordre suivant :

Prix de thèses. — M. Lorain, pour la dissertation intitulée : De l'eau chaude en obstétrique.

Mentions hors ligne. — M. Prenant (Étude sur la structure du tube séminifère chez les mammifères).

Mentions honorables. — MM. Bauquel (Contribution à l'étude de la tuberculisation pulmonaire chez les alcoolisés) ; Clarke (Contribution à l'étude de la laparo-élytrotomie) ; Lenez (Du traitement des tumeurs érectiles et en particulier de leur extirpation par le thermo-cautère) ; Villaume (De la forme cardiaque de la fièvre typhoïde) ; Ehrmann (Recherches expérimentales sur la toxicité des urines).

Prix de fin d'année. — Première année : pas de prix. — Deuxième et troisième années (anatomie et physiologie) : prix, M. Senique ; mention honorable, M. Vigneron. — Quatrième année (médecine) : prix, M. Émile Simon ; mention très honorable, M. de Langenhagen. — Quatrième année (clinique) : prix, M. Janot ; mention très honorable, M. Sturel.

Le professeur Botkine — M. le professeur Botkine, médecin de la famille impériale de Russie, professeur de clinique à l'Université de Saint-Pétersbourg, est en ce moment à Paris, où il visite nos principaux services hospitaliers; il s'était rendu samedi dernier à la visite de M. le docteur Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin, où une ovation enthousiaste a été faite au représentant le plus autorisé de la médecine russe.

On sait que le professeur Botkine a joué, dans l'organisation de l'enseignement national de la médecine en Russie, un rôle considérable; grâce à sa persévérance, grâce à l'autorité de son patriotisme libéral et éclairé, il a réussi à fonder dans sa patrie une Université essentiellement russe.

Le professeur Botkine a été en outre le fondateur des Ecoles de médecine pour les

femmes en Russie, Ecoles qui, on le sait, ont été fermées à la suite des événements politiques graves qui ont troublé l'empire russe dans ces dernières années.

Aussi de nombreux étudiants et étudiantes russes et français, prévenus de son arrivée, s'étaient-ils donné rendez-vous à l'hôpital Cochin pour témoigner à l'illustre professeur leur admiration et leur sympathie, ainsi qu'à son fils le docteur Serge Botkine, qui l'acompagnait.

A son arrivée, Mlle Margouliss, une des nombreuses étudiantes russes qui suivent le service de M. Dujardin-Beaumetz, lui a remis un splendide bouquet en lui adressant dans sa langue nationale les paroles suivantes :

« Les étudiantes russes du service de M. le docteur Dujardin-Beaumetz] m'ont fait le grand honneur de me charger de vous exprimer le respect le plus profond qu'on doit au représentant le plus illustre de la médecine russe. Des circonstances malheureuses nous ont fermé les portes des Ecoles de médecine en Russie, Ecoles qui étaient votre œuvre, et nous ont privées de vos conseils et des savantes leçons que nous recevions de vous dans notre patrie. Nous sommes heureuses de remercier personnellement ici le défenseur le plus ardent de l'éducation médicale des femmes en Russie. »

M. le docteur Hirschberg (d'Odessa) lui a ensuite, également en langue russe, souhaité la bienvenue dans les termes suivants :

« Au nom des élèves russes de l'hôpital Cochin, j'ai l'honneur de saluer votre passage dans notre service. Vous voyez ici accompli l'idéal de l'organisation que vous avez désiré donner à notre pays, c'est-à-dire la bienveillance et la libéralité la plus large données à l'enseignement. Et je pense que pour le défenseur le plus ardent de l'enseignement national russe, le plaisir a dû être grand de voir avec quelle bienveillante hospitalité nos Russes sont partout ici accueillis.

Laissez-moi vous dire que nous n'oublierons jamais ces services que la France nous rend; et c'est ici que nous voyons la raison d'une amitié profonde entre les deux peuples français et russe, amitié plus stable que celle qui est fondée sur des ententes diplomatiques. Aussi je pense que vous voudrez bien vous associer à moi pour dire : Vive la France! »

M. le docteur Dujardin-Beaumetz a ensuite témoigné au savant professeur tous ses remerciements pour l'honneur qu'il lui faisait en venant visiter son service, et l'a prié de vouloir bien accepter, en souvenir de son passage à Cochin, un exemplaire magnifiquement relié de ses œuvres.

Le professeur Botkine, fort ému et profondément touché de cette cordiale réception, a remercié en excellents termes les promoteurs de cette petite fête; et s'adressant à ses compatriotes, il leur a fait espérer que le calme des esprits reviendrait en Russie dans un avenir prochain, et que l'on pourrait alors rétablir l'enseignement qui a subi un temps d'arrêt, mais qui n'a pas disparu pour toujours. (*Bulletin médical.*)

— M. Lacroix est nommé préparateur de la chaire d'histoire naturelle des corps inorganiques au Collège de France, en remplacement de M. Offret, appelé à d'autres fonctions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Johannet (de Chelles).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'hystérie alcoolique,

Par le docteur Ferdinand Dreyfous (1),

Ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine.

La même coïncidence de l'hémianesthésie et des attaques convulsives se retrouve dans les observations suivantes de M. Magnan (2).

Obs. V. (Magnan.) — *Absinthisme. — Traumatismes multiples. — Attaques convulsives. — Hémianesthésie et hémichorée droites.* — M..., 37 ans, camionneur. A 19 ans contracte l'habitude de boire. Blessé à la cuisse, il a eu un orteil gelé. Excès d'absinthe et accidents convulsifs à 21 ans. Pas de syphilis. Il y a cinq ans, il a été pris entre les tampons de 2 wagons de chemin de fer et n'a pu se tenir debout pendant trois mois.

Vertiges. — L'année dernière, hémichorée droite. — En mars, délire alcoolique.

11 mars. — Hémianesthésie droite cutanée et sensible; anesthésie pharyngée unilatérale.

11 avril. — Amélioration de l'anesthésie.

Obs. VI. (Magnan.) (3) — *Père ivrogne. — Mère tuberculeuse. — Anesthésie plus marquée à droite. — Attaques convulsives.* — C..., 43 ans, teinturier, né d'une mère tuberculeuse et d'un père ivrogne qui a fait une tentative de pendaison.

Alcoolisme. — Depuis quatre ans, il fait des excès et s'adonne à l'eau-de-vie et à l'absinthe. Bientôt, rêves, cauchemars, pituites, hallucinations (rats, araignées).

3 juin. — Attaque convulsive avec morsure de la langue et évacuations involontaires. Entre le 7 juin. Terreur, tremblement des membres; délire alcoolique.

12 juin. — Amblyopie, achromatopsie (teinturier). La sensibilité tactile est émoussée. En appliquant les deux pointes du compas sur la face antérieure de la jambe droite suivant l'axe du membre, la distance entre les deux pointes est de 11 centimètres pour que le malade perçoive distinctement le double contact, et si la distance s'abaisse à 9 centimètres, il ne sent plus qu'une seule pointe. A gauche, il sent sur la face antérieure de la jambe deux pointes à la distance de 7 centimètres et une seulement à partir de 6 centimètres.

L'exploration sur la jambe dans le sens transversal, de même que le même examen pratiqué sur les membres supérieurs, donne toujours un excédent de distance du côté droit. L'anesthésie est donc plus marquée à droite.

Obs. VII (4). — *Oncle aliéné. — Syphilis. — Alcoolisme. — Absinthisme. — Hallucinations. — Tremblement. — Convulsions. — Hemianesthésie. — Hémiplégie gauche.* — G..., 43 ans, menuisier, entre, le 17 février 1872, à l'asile Sainte-Anne pour la quatrième fois.

Antécédents : Son oncle paternel a été aliéné; il est mort à Bicêtre. De 12 à 16 ans, il eut des vertiges et des pertes de connaissance. (Donc, bien avant tout excès alcoolique.)

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5 et 15 novembre 1887.

(2) Magnan : *Alcoolisme*, p. 242.

(3) Magnan : *Loc. cit.*, p. 140.

(4) Magnan : *Loc. cit.*, p. 179.

Alcoolisme et absinthisme. — A 17 ans, il commence les excès de boisson. Mais ce n'est qu'à 22 ans qu'il boit de l'absinthe. Alors son caractère change; il devient sombre; puis il éprouve des vertiges et tombe à plusieurs reprises avec perte de connaissance et morsure de la langue.

Syphilis. — A 25 ans, en 1854, il contracte la syphilis. Dans la même année, il fut pris d'accès de fièvre intermittente. Il continue à boire et éprouve des engourdissements, des vertiges, des attaques.

De 29 à 39 ans, tremblements, visions (chats, chiens). A cette époque, faiblesse des deux jambes qui dure plusieurs mois.

A 41 ans, il entre à Sainte-Anne, offrant les symptômes suivants : hallucinations de la vue, hébétude, frémissements musculaires; anesthésie cutanée des jambes.

En avril 1870, attaques épileptiques. Sorti de l'asile, après un séjour prolongé, il se dédommage de sa longue abstinence en buvant jusqu'à 15 et 20 verres d'absinthe en vingt-quatre heures. Et, le dernier jour, il eut une attaque d'épilepsie; on le trouva pendu par les jambes aux barreaux de l'escalier.

Hallucinations, tremblements des mains; puis, tout se calme un peu et l'on constate alors l'affaiblissement des facultés, la perte de la mémoire, le caractère apathique, indifférent. Lourdeur de tête, bourdonnements d'oreilles, engourdissement des membres.

A plusieurs reprises, fourmillements et engourdissement dans le côté gauche. La sensibilité émoussée sur toute la surface du corps est plus obtuse du côté gauche. Les piqûres d'épingles, le pincement, le chatouillement y sont moins bien perçus que du côté droit. Pas de nouvelle attaque d'épilepsie.

Au commencement de 1873, il est ramené à l'asile. Il paraît avoir été frappé par une attaque d'épilepsie; sa langue est profondément mordue; il n'a aucune conscience de ce qui s'est passé.

Hémiplégie gauche. Au dynamomètre : bras droit, 50e division; bras gauche, 26e.

La sensibilité est affaiblie à gauche; il y sent à peine les piqûres, y apprécie mal la température des corps. Sensation de froid dans tout le côté gauche.

L'acuité de la vision est moindre à gauche; les couleurs moins bien reconnues; l'odorat et le goût sont diminués, sinon abolis à gauche. Les muqueuses buccale et nasale sont anesthésiées à gauche.

Submatité et craquements au sommet du poumon gauche. L'hémiplégie et l'hémianesthésie s'améliorent.

4 novembre 1873. — L'hémiplégie et l'anesthésie gauches sont aggravées. Les piqûres sont à peine senties à gauche. Odorat, goût diminués.

L'oreille gauche n'entend qu'à 15 centimètres, la droite à 60 centimètres, les battements d'une montre.

Engourdissement des membres plus marqué du côté gauche.

L'apoplexie se rencontre dans les cas suivants :

Obs. VIII. (Magnan) (résumée.) — *Excès de boissons; absinthe. — Vertiges. — Apoplexie. — Hémiplégie droite avec aphasie (?); tremblement à droite. — Hémianesthésie cutanée et sensorielle.* — Pierre, 59 ans, adonné aux boissons alcooliques, contracte en Afrique l'habitude de l'absinthe. Bientôt à la pituite, à l'insomnie avec cauchemars, viennent s'ajouter des attaques convulsives avec morsure de la langue, perte de connaissance, évacuations involontaires.

En 1869, attaque apoplectique : il perd subitement connaissance pendant un temps qu'il ne peut préciser; mais, revenu à lui, il est atteint d'hémiplégie droite avec aphasie.

Il entre, le 12 juin, à l'asile Sainte-Anne. Délire alcoolique; tremblement des mains plus marqué à droite; parésie à droite.

Du 14 au 30. — Crampes surtout dans le côté droit; tremblement plus marqué de ce même côté et accompagné de petites secousses irrégulières.

Hémiplégie droite.

Hémianesthésie cutanée incomplète occupant les membres, le tronc, la tête du côté droit. Odorat et goût affaiblis à droite. Il lit de l'œil droit les caractères de 1 centimètre; de l'œil gauche, ceux de 3 millimètres. Dyschromatopsie à droite.

Juillet. — Même état.

Septembre, octobre. — N'entend la montre à droite qu'à 2 centimètres; à gauche, à 30 centimètres.

Novembre, décembre. — L'anesthésie progresse.

Mars, avril, mai 1873. — L'hémiplégie et l'hémianesthésie augmentent. L'exploration avec les courants continus (50 éléments) montre que le courant n'est pas senti à droite.

Août, septembre. — Anesthésie complète du côté droit : le malade se brûle le dos de la main contre la plaque d'un fourneau sans le sentir. Tout le côté droit est plus froid.

Obs. IX. (Sevestre, Soc. méd. des hôp., 1882, p. 275.) — *Hémianesthésie droite. — Apoplexie. — Mutisme. — Excès de boisson.* — L'infirmier de la salle des femmes me consulte pour des douleurs de ventre, douleurs sans grande importance et paraissant dues à une constipation habituelle, lorsqu'au cours de l'examen, et au moment où je lui demandais si la pression sur le ventre était douloureuse, il me dit qu'il était insensible de tout le côté droit. L'examinant alors à ce point de vue, je constatai une anesthésie complète affectant tout le côté *droit* du corps, mais exactement limitée à ce côté. Non seulement les sensations ne sont pas perçues, mais on peut traverser avec une épingle la peau des membres ou du tronc, piquer la peau de la face, sans que le malade accuse la moindre douleur, ou même sans qu'il paraisse s'en apercevoir. La conjonctive, la muqueuse nasale, la muqueuse buccale du même côté sont aussi insensibles, et la sensibilité spéciale paraît également abolie. Cet homme ne distingue pas la saveur des substances amères ou sucrées appliquées sur le côté droit de la langue, et il ne paraît guère impressionné non plus par les émanations d'un flacon d'ammoniaque placé sous la narine droite.

Le malade distingue les couleurs, mais ne répond que lentement et avec une certaine hésitation. Il faut tenir compte, je crois, jusqu'à un certain point, de ces hésitations qui pourraient être un indice de simulation. Je dois ajouter que la compression du testicule droit, même exercée avec une certaine violence, ne paraît pas déterminer de douleur et est bien supportée. La sensibilité de la peau de la verge et du scrotum est obtuse, mais non entièrement abolie. En somme, il existe chez cet homme une *hémianesthésie* assez bien caractérisée, sauf pour ce qui concerne l'œil; cette hémianesthésie aurait débuté, en 1880, d'une façon presque subite, et après avoir été précédée pendant quelques heures de tiraillements dans le bras.

L'interrogatoire du malade révèle encore une autre circonstance en 1880, trois mois environ après le début de l'hémianesthésie : un matin, en s'éveillant, il *tomba à terre sans perdre connaissance,* mais resta quarante-huit heures *sans pouvoir parler.* A la suite de cet accident, il entra dans le service de M. Laboulbène, où il fut traité par le bromure de potassium et l'électricité. . . . .

Il convient de noter aussi des excès alcooliques habituels et répétés pendant plusieurs années, au moment où cet homme était soldat; il ne fait nulle difficulté d'avouer qu'il buvait de l'eau-de-vie en assez grande quantité, généralement un quart de litre chaque matin.

Tout récemment, M. Charcot (1) a signalé le mutisme dans l'hystérie alcoolique; l'observation de M. Sevestre en était déjà un exemple.

Obs. X. (Charcot.) — *Mère hystérique; oncle ataxique. — Convulsions dans l'enfance. — Excès de boisson. — Attaques convulsives. — Hémiplégie droite. — Mutisme. — Tremblement à droite. — Contracture. — Hémianesthésie.* — Che..., 33 ans, en traitement dans le service depuis un an.

Antécédents héréditaires. — Père violent, joueur; la mère aurait eu des attaques convulsives avec crises de suffocation. Elle « cassait tout dans ses attaques ».

Un oncle paternel vraisemblablement ataxique (il avait des accès de douleurs vives, lançait ses jambes en marchant).

(1) Charcot : *Bulletin médical,* 25 mai 1887.

Antécédents personnels. — Le malade lui-même aurait eu des convulsions dans son enfance.

A 17 ans, pendant la guerre, il s'est engagé et a été fait prisonnier. Il a passé quelques mois dans les ambulances allemandes, et c'est là qu'il s'est mis à boire de l'eau-de-vie. Infirmier ensuite au Val-de-Grâce et au Gros-Caillou, il a continué à s'adonner aux boissons alcooliques. Depuis quatre à cinq ans, il a été garçon d'amphithéâtre à Rouen et aux Quatre-Mares, et il est arrivé à prendre, par semaine, cinq litres d'eau-de-vie ou d'alcool. En conséquence, des accidents d'alcoolisme se sont montrés, consistant en tremblement des mains, cauchemars où le malade revoit des épisodes de la campagne, frayeurs, crampes douloureuses, etc.

Il y a deux ans environ, quinze jours après un incendie dont il avait été témoin, il eut une première attaque convulsive pendant laquelle il tomba de son lit, et qui fut suivie d'hémiplégie droite. Bientôt après, nouvelle attaque; l'hémiplégie disparaît; mais il survient du *mutisme*. Le malade dit ne pas avoir le souvenir de ses premières attaques, mais, depuis, il a eu fréquemment des attaques régulières, avec aura partant de l'aine droite, céphalalgie, constriction du cou; convulsions toniques, puis mouvements de salutation, arc de cercle; enfin, des attitudes passionnelles avec délire et hallucinations (toujours relatives à divers épisodes de la guerre).

Ces attaques durent à peu près une heure et demie. Le malade en a eu, par mois, jusqu'à 19, et maintenant il en a de 8 à 10. Le malade présente, de plus, du tremblement prédominant du côté droit et ayant les caractères du tremblement hystérique; il présente les caractères de la diathèse de contracture (contracture provoquée). Enfin, il existe chez lui une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle avec rétrécissement très prononcé du champ visuel. Cette hémianesthésie est complète et très profonde; il y a abolition de la sensibilité superficielle et de la sensibilité profonde, et il y a perte absolue du sens musculaire.

Je ne fais que mentionner les observations suivantes, où l'hémianesthésie est indiquée sans que rien autre permette de conclure à l'hystérie.

Obs. XI et XII (Lancereaux) (1). — M. Lancereaux nous a raconté qu'il avait eu l'occasion d'observer deux individus qui, à la suite d'attaques épileptiques, avaient présenté pendant quelques jours de l'insensibilité de tout un côté du corps. C'étaient des buveurs d'absinthe.

Obs. XIII (résumée) (2). — *Alcoolisme. — Hémiplégie et hémianesthésie gauches. — Vertiges.* — (Il s'agit d'une femme, couturière.)

Obs. XIV (résumée) (3). — *Alcoolisme. — Hémiplégie gauche et hémianesthésie cutanée et sensorielle. — Amélioration.*

Obs. XV (résumée) (4). — X..., 50 ans, alcoolique. Hémianesthésie gauche, ignorée complètement du malade, guérie par l'application d'une pile composée de deux éléments Trouvé. Apparition d'une sciatique.

(*A suivre.*)

La valeur sémiotique de l'audition de la parole suivant les âges,

Par M. le docteur Gellé (5).

J'ai été depuis longtemps frappé de cette opposition : un enfant, au-dessous de 8 ans, qui a parlé, devient sourd; rapidement, il perd l'audition de la parole, et la parole elle-

(1) Lancereaux, cité par M. Juif, thèse de Paris, 1875.
(2) Magnan, p. 247.
(3) Magnan, p. 250.
(4) Debove : Soc. méd. des hôp., p. 49, 1879.
(5) Société de biologie.

même souvent. D'autre part, l'adulte, l'homme âgé, peuvent, bien que sourds, converser et percevoir nettement. En troisième lieu, l'aphasique, qui entend tous les bruits, est incapable de saisir le sens des mots. Il n'est pas sourd, mais il ne comprend pas; l'idiot est dans le même cas. Il y a une grande analogie entre le premier et le dernier cas, car c'est la mémoire qui fait défaut chez tous deux. Chez l'adulte, c'est tout l'opposé, la mémoire et toutes les facultés sont actives et se prêtent un mutuel appui; aussi, malgré l'affaiblissement évident de l'ouïe, conserve-t-il encore longtemps la faculté d'entendre la parole et de converser avec ses semblables. Supposez un abaissement des forces cérébrales, et cette aide puissante venant à manquer, l'audition de la parole n'est plus notée; même effet par suite d'une éducation incomplète; chez un arriéré, ou dans le jeune âge, l'enfant sourd, on le sait, désapprend vite à parler et à percevoir le langage articulé.

Le sourd adulte, âgé même, qui ne perçoit plus le diapason, ni la montre depuis longtemps, répond souvent très bien aux questions; il cause et s'oriente bien dans un salon. A quoi tient cette curieuse persistance, sinon à l'éducation de la faculté du langage et à ses rapports si étroits avec la fonction de l'ouïe?

L'activité de ces divers centres nerveux est éveillée simultanément; et ils peuvent se suppléer jusqu'à un certain point. C'est ainsi que des lambeaux de phrases, des mots isolés deviennent pour l'homme intelligent le point de départ d'une association d'idées et de la reconstitution d'une phrase entière. C'est là un fait d'observation journalière; le sourd intelligent en tire le plus grand parti. De ces considérations, j'ai cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La perte rapide de la perception du langage articulé chez l'adulte doit éveiller l'attention du médecin, car elle peut annoncer un affaiblissement des facultés cérébrales tout autant que de l'audition.

2° La conservation de la faculté de l'ouïe, le langage articulé, peut, chez l'adulte, dissimuler une surdité déjà avancée, ou des lésions menaçantes pour l'avenir.

3° La conservation de la faculté d'entendre la parole chez l'adulte tient à la grande activité du foyer du langage, liée à l'éducation et au travail intellectuel.

4° La perte de l'audition de la parole est un fait des plus graves chez l'enfant sourd, car il indique que la mémoire des mots se perd; mais on ne peut conclure de là à l'existence d'une affection cérébrale, ni à celle d'une surdité incurable. Chez l'adulte, au contraire, la perte de la compréhension des mots, avec persistance de l'audition des sons, est un signe sévère d'une lésion du cerveau. C'est que, chez l'enfant sourd, l'intellect surtout est défaillant; l'éducation est arrêtée et les connaissances acquises légères; chez l'adulte, c'est l'intelligence qui vient en aide aux organes acoustiques insuffisants.

5° Au point de vue du pronostic, il est clair que la perte de l'audition du langage articulé est plus grave chez l'adulte; mais sa conservation n'indique pas nécessairement des oreilles saines.

6° Chez l'adulte, l'audition du son du diapason, de la montre peut être anéantie, et cependant la parole est très bien entendue; tandis que, chez le sourd-muet, on trouve souvent que le diapason et certains bruits ou sons simples sont perceptibles encore. L'adulte est souvent un sourd qui parle; l'enfant sourd devient facilement muet.

7° Dans l'épreuve de l'audition du langage articulé, pour éviter l'erreur due à cette intervention du foyer du langage et de l'intelligence du sujet, Politzer a recommandé d'adresser les questions en « langue étrangère »; d'autres conseillent d'énoncer une série de mots sans suite. Est-il bien utile de pousser l'analyse aussi loin? Et n'est-ce pas surtout les différences dans la persistance de l'audition de la parole suivant les âges, en présence d'une surdité égale, qu'il convient d'observer, puisque cette constatation peut conduire, comme je viens de le montrer, à des considérations intéressantes au point de vue du diagnostic et du pronostic de la surdité? L'appui mutuel que se prêtent les divers foyers des centres nerveux me semble apparaître aussi d'une façon indiscutable dans cette analyse clinique, basée sur la physiologie du langage.

BIBLIOTHÈQUE

Traitement des affections articulaires par l'électricité, leur pathogénie, par le docteur Danion, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg. — Paris, O. Doin, 1887.

L'ouvrage de M. Danion est divisé en deux parties. Dans la première, la plus longue, sont exposés les faits; dans la seconde se trouve discutée la pathogénie des maladies articulaires, ainsi que les hypothèses tendant à expliquer les résultats obtenus.

Tripier et Joffroy sont les seuls médecins français qui aient émis un avis sur l'emploi de l'électricité dans la poly-arthrite aiguë rhumatismale, et cet avis était peu favorable. D'après cinq observations, l'auteur affirme que la fièvre ne contre-indique pas le traitement électrique, lequel produit une sédation rapide et renforce l'action des autres médicaments.

Dans le traitement de l'attaque de goutte aiguë, personne, avant M. Danion, n'avait employé l'électricité. Deux fois la faradisation humide a réduit la durée de l'accès.

Viennent ensuite les arthrites traumatiques; pas plus que la fièvre, la crainte d'une phlegmasie ne doit empêcher les applications faradiques ou galvaniques.

Le chapitre III, qui traite des arthrites subaiguës et chroniques, nous parle de faits plus connus depuis Froriep, Erb, Joffroy, etc., et surtout Remak. Ici, l'électricité rend de grands services, comme tendent à le démontrer 27 observations personnelles détaillées et appuyées d'intéressants commentaires.

Comment interpréter ces résultats? M. Danion n'a pas reculé devant cette tâche; mais, quelle que soit la valeur de ses théories, nous n'y insisterons pas, car les faits de la première partie nous semblent autrement précis et d'un intérêt plus prochain.

On ne peut plus dire aujourd'hui, comme Trousseau, « hâtons-nous d'employer l'électricité pendant qu'elle guérit encore ». Pourra-t-on dire un jour : « Hâtons-nous d'employer l'électricité, parce qu'elle guérit à coup sûr! » Quoi qu'il en soit, et quand même M. d'Arsonval aurait tort de croire que « l'avenir thérapeutique est aux agents physiques », M. Danion aura contribué, pour sa part, à vulgariser l'un des plus utiles, et nous devons l'en féliciter.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi de la pilocarpine dans les maladies du poumon, par Riess. (Extrait de la *Berliner klin. Wochenschrift.*) — Riess a employé la pilocarpine souvent pendant plusieurs semaines chez des malades presque tous d'hôpital. Plusieurs années durant il a traité ainsi les hydropisies des néphrites, des lésions cardiaques, de l'emphysème et autres affections, en partie dans un but de recherche, en partie parce que les bains étaient contre-indiqués; en beaucoup de cas, les deux médications ont été combinées, de telle sorte que les bains d'étuve et les injections de pilocarpine alternaient d'un jour à l'autre. En aucun cas, il n'y a eu de collapsus menaçant ni d'altération inquiétante du pouls. Riess montre que certains phénomènes légers de collapsus (sensation de faiblesse, etc.) sont inséparables d'une sudation artificielle abondante. Les individus affaiblis chez lesquels ces symptômes sont à craindre ne relèvent pas plus de la pilocarpine que d'aucune autre médication.

En 1880 et 81, Riess a réussi, sur une série de malades de l'hôpital de Berlin, à augmenter avec la pilocarpine la sécrétion des bronches.

Contrairement aux auteurs, il vit cette secrétion être constamment et presque toujours très rapidement diminuée et les souffrances des malades s'atténuer. Jamais le médicament n'a produit de symptômes menaçants qui aient nécessité une suspension.

Il fit ses premières recherches dans les hydropisies où il l'employait comme diaphorétique. Chez beaucoup d'hydropiques par affections des poumons, du cœur ou des reins, qui souffraient de catarrhe bronchique chronique secondaire avec toux et difficulté de la respiration; ces derniers symptômes rétrocédèrent en même temps que

l'œdème, souvent déjà après la première injection. Assez souvent même les malades étaient plus satisfaits de la diminution de la toux, de l'abaissement de l'expectoration, de l'affaiblissement de la dyspepsie, etc., que de la disparition de l'hydropisie. L'auscultation montrait la transformation des ronchus secs en râles humides, les crachats devenaient plus abondants et plus humides, et l'amélioration devait souvent être rapportée à l'action expectorante.

Là-dessus il a employé la pilocarpine à cause de son action expectorante dans une série de cas très anciens et très tenaces de catarrhes bronchiques dus en général à l'emphysème sans lésions primitives du cœur et sans hydropisies. Il choisissait les formes sèches avec expectoration nulle ou rare et visqueuse. Le plus souvent la dyspnée était intense, et, dans 30 de ces cas, elle s'accompagnait d'accès d'asthme fréquents. Certains malades étaient vieux et très affaiblis. En général, la bronchite durait depuis plusieurs années et les expectorants avaient été employés sans résultat durable.

Ils recevaient, en général, une injection de pilocapine de 0,02 d'abord tous les deux jours, ensuite tous les jours. Quand la faiblesse était trop grande, la dose était de 0,01 et tous les deux jours. Toujours le résultat a été favorable. Dans la règle, l'action persistait jusqu'à l'injection suivante (24 ou 48 heures). Après une injection unique, la dyspnée se modifiait et un bien-être général survenait. En moyenne, 12 à 15 injections en deux ou trois semaines donnaient une amélioration telle que les ronchus disparaissaient tout à fait ou presque complètement, que les crachats devenaient faciles et modérément abondants et que la dyspnée rétrocédait pleinement. Dans la plupart des cas, l'amélioration a persisté plusieurs semaines et éventuellement des mois.

L'action de la pilocarpine est surtout frappante sur la difficulté de respirer dans les cas de bronchite et d'emphysème dans lesquels la dyspnée affecte la forme d'accès asthmatiques. Ceux-ci existaient dans environ les trois quarts des cas, et, dans tous, l'influence du traitement sur l'intensité et la fréquence des accès a été rapidement reconnaissable. D'abord le nombre des accès diminuait, surtout ceux de nuit, et après un traitement de deux à trois semaines, l'asthme était tellement modéré en général que les accès manquaient complètement pour un temps ou qu'ils n'apparaissaient que faibles et tous les deux jours.

L'auteur a aussi employé la pilocarpine dans la pneumonie, mais pas dans le stade aigu. Il a traité, par une série d'injections, 8 cas après la crise pour hâter la résolution, et il a obtenu de bons résultats; 6 de ces cas étaient des pneumonies normales frappant des personnes jeunes et saines. Les injections ont été commencées le lendemain de la crise et continuées six jours durant. Cependant on ne peut dire de combien le stade terminal a été abrégé.

Ensuite Riess a traité avec la pilocarpine une petite série de coqueluches (12 cas chez des enfants de 8 à 12 ans). Celle-ci paraît indiquée pour accélérer le rejet des sécrétions. Ces enfants recevaient 0,01 de pilocarpine tous les jours ou tous les deux jours pendant huit et quatorze jours. Chez tous, le nombre et la durée des accès dimiuuèrent rapidement.

Dans 16 cas de diphthérie pharyngée, la pilocarpine n'a pas mieux agi que d'autres médicaments.

Pour la dose, Riess n'a jamais dépassé 0,03. Chez les malades âgés et affaiblis, il commence par 0,01 et il reste en général à cette dose chez les enfants. Le chlorhydrate de pilocarpine était employé seulement en injections. L'emploi interne est peu propre à un dosage exact.

Riess recommande donc l'action expectorante de la pilocarpine (en injections hypodermiques de 0,01 à 0,02) en première ligne contre les bronchites visqueuses, chroniques (surtout chez les emphysémateux) et contre certaines formes d'asthme; en deuxième ligne pour accélérer la résorption des infiltrats pneumoniques et dans la coqueluche des grands enfants. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Renaut (de Lyon), récemment élu correspondant de l'Académie;

2° Une lettre de M. Morache, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui sollicite le titre de correspondant de l'Académie ;

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Armand Paulier, sous le titre suivant : *Note sur quelques procédés permettant de durcir et de ramollir à volonté le cerveau humain.*

M. PETER présente, au nom de M. Béchamp, une brochure intitulée : *La théorie du microzyma et le système microbien.*

M. DUPLAY offre en hommage les deux derniers fascicules du tome VII et dernier du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dépose, au nom de M. le docteur Bousquet (de Marseille), une note manuscrite *sur l'ergot d'avoine et son emploi dans la thérapeutique utérine.*

M. TILLAUX offre en hommage un exemplaire de la 5e édition de son beau *Traité d'anatomie topographique.*

M. Constantin PAUL donne lecture d'un discours qu'il a lu à l'inauguration du monument élevé à Tours à la mémoire de Bretonneau, Trousseau et Velpeau.

— M. BERGER, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, lit un travail intitulé : *Autoplastie par la méthode italienne modifiée.* Le procédé d'autoplastie en question consiste dans la « transplantation, sur un ulcère ou sur une cicatrice vicieuse préalablement avivés, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule, jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir ». Il diffère de la méthode italienne proprement dite, en ce que, dans cette dernière, le lambeau, taillé à l'avance, n'est adapté à la surface à recouvrir que quand il suppure, ou même lorsqu'il est totalement recouvert de cicatrice, tandis que, dans l'opération nouvelle, on cherche à obtenir la réunion par première intention du lambeau fraîchement taillé avec son point d'application.

Après avoir rappelé les opérations de cette nature qu'il a antérieurement pratiquées et qui ont été communiquées à l'Académie et à la Société de chirurgie, M. Berger rapporte trois observations nouvelles et présente les malades et des photographies représentant les résultats obtenus.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Classement des candidats : Première ligne, M. Le Dentu; deuxième ligne, M. Terrier; troisième ligne, M. Péan; quatrième ligne, M. Périer; cinquième ligne, M. Berger; sixième ligne, M. Chauvel.

Le nombre des votants étant de 84, majorité 43, M. Péan obtient 47 suffrages, M. Le Dentu 34, M. Périer 1, M. Chauvel 1, bulletin blanc 1.

En conséquence, M. Péan, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire pour la section de pathologie chirurgicale.

— M. TILLAUX présente un malade âgé de 59 ans, atteint de cancer du larynx, auquel il a pratiqué la trachéotomie. Cet homme fut adressé à M. Tillaux, le 26 juin dernier, par un médecin spécialiste, M. le docteur Aysaguer. Il était dans des conditions déplorables de santé, avait une dyspnée très intense, de l'asphyxie, des accès de suffocation, de la dysphagie; enfin, il était arrivé à un état cachectique tel que la mort

semblait devoir être prochaine. Il existait une tumeur volumineuse au niveau de la corde vocale inférieure droite.

M. Aysaguer avait adressé le malade à M. Tillaux, afin que ce chirurgien voulût bien pratiquer l'extirpation du larynx. M. Tillaux crut préférable de pratiquer la trachéotomie.

A la suite de cette opération, il y eut un véritable changement à vue. Tous les phénomènes menaçants se dissipèrent comme par enchantement, le malade recouvra rapidement sa santé, reprit ses occupations habituelles et a gagné depuis une augmentation de poids de 3 kilogrammes 1/2.

Sans doute, l'affection locale n'a pas disparu, mais il y a certainement une diminution sensible du volume du larynx, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque cet organe est, depuis l'opération, dans un repos complet.

Ce fait mérite une grande attention, car les chirurgiens ne sont pas encore fixés sur la conduite à tenir dans les cas de cancer du larynx, où la tumeur ne peut être enlevée par les voies naturelles.

Que faire, en pareil cas, l'extirpation du larynx ou la trachéotomie? Ce fait démontre que la trachéotomie peut rendre les plus grands services, et c'est à cette opération que M. Tillaux est disposé, pour sa part, à donner la préférence.

M. Verneuil déclare qu'il est démontré aujourd'hui que la trachéotomie palliative, dans les cancers du larynx, donne une survie plus considérable que l'extirpation du larynx. L'extirpation du larynx est, à son avis, une opération lamentable. Pour lui, il préfère de beaucoup la laryngotomie crico-thyroïdienne, suivant la méthode de Krishaber. Il a opéré, d'après cette méthode, un malade atteint d'épithélioma du larynx qui bouchait presque complètement le calibre de cet organe et qui rendait l'asphyxie imminente. Ce malade est depuis neuf mois dans l'état le plus satisfaisant; la dyspnée a complètement disparu, le malade se livre à tous les exercices du corps, en particulier à celui de la chasse, et la santé générale ne laisse rien à désirer.

M. Richet appuie les observations de M. Verneuil; il a opéré par la trachéotomie un négociant de Marseille qui a vécu dix-huit mois après cette opération. Il a pratiqué également, dans son service à l'Hôtel-Dieu, une seconde opération suivie d'un succès.

M. Léon Labbé a vu comme ses collègues des individus trachéotomisés survivre plus ou moins longtemps après l'opération. Mais il pense que l'extirpation du larynx ne peut être encore appréciée à sa juste valeur, par suite des conditions dans lesquelles elle est habituellement pratiquée. En général, cette opération est faite trop tardivement par dérogation aux principes qui guident les chirurgiens dans les cas de néoplasmes. M. Labbé pense que, si les chirurgiens intervenaient par une extirpation partielle ou totale, dès le moment où ils constatent l'existence d'un néoplasme sur l'une ou l'autre des cordes vocales, ils obtiendraient une survie peut-être plus considérable que dans la trachéotomie palliative. Il a pratiqué, pour sa part, quatre opérations dont trois ont été suivies de guérison. Le quatrième opéré est mort, mais par l'incurie et la négligence des infirmiers chargés de le surveiller et qui l'ont laissé mourir d'asphyxie par l'obstruction de la canule où s'étaient accumulés des caillots sanguins.

M. Hérard fait partie, avec MM. Féréol et Proust, d'une commission dont il lit un rapport sur deux communications faites à l'Académie par MM. les docteurs Seiler et Garcin, sur l'action des inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

M. Hérard termine son savant et très remarquable rapport par la conclusion suivante : « Les inhalations d'acide fluorhydrique possèdent une action thérapeutique incontestable quand la phthisie n'est pas parvenue à une période trop avancée. J'ajoute qu'elles sont exemptes d'inconvénients, d'une application facile, et que d'ailleurs elles peuvent être combinées avec les médications internes ou externes, et surtout avec le traitement hygiénique, base essentielle de toute bonne thérapeutique. « Votre commission, Messieurs, vous propose d'adresser des remerciements à MM. les docteurs Seiler et Garcin, et de déposer honorablement leurs mémoires dans nos archives. » (Adopté.)

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre

la lecture du rapport de M. Laborde sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie, ainsi que de divers rapports de prix.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DEPUIS LA RENTRÉE.

Le 27 octobre. — M. Gervais : A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde observées en Nouvelle-Calédonie. (Président, M. Ball) — M. Humblot : La variole combattue par la médication éthéro-opiacée à l'hôpital Saint-Antoine en 1882. (Président, M. Ball.) — Mme Alice Sollier : De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. (Président, M. Grancher.)

Le 3 novembre. — M. Cantat : Chlorose cardiaque. (Président, M. Brouardel.) — M. Devreille : Infection tuberculeuse par voie génitale. (Président, M. Brouardel.) — M. Bonnet : Les froids polaires et leurs effets sur l'organisme. (Président, M. G. Sée.)

Le 8. — M. Thiau : De la réduction de la luxation du pouce en arrière. (Président, M. Duplay.) — M. Piedpremier : Urétrocèles vaginales. (Président, M. Duplay.)

Le 12. — M. Gaudin : Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou. (Président, M. Bouchard.) — M. Mongin : Etude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique. (Président, M. Proust.)

FORMULAIRE

CRAYONS D'IODOFORME. — Vulpius.

Gélatine pure.............................. 15 grammes.
Glycérine.................................. 7 gr. 50 cent.
Eau distillée.............................. 50 grammes.

Faites dissoudre au bain-marie, évaporez jusqu'à réduction à 54 grammes, et ajoutez : iodoforme en poudre fine, 27 grammes.

On agite le mélange pour obtenir une masse bien homogène, que l'on coule dans un moule légèrement chauffé. Dès que la masse est coulée, on refroidit immédiatement le moule dans l'eau glacée, afin que les particules de l'iodoforme n'aient pas le temps de se déposer. Les petits cylindres ainsi préparés sont placés dans un endroit sec et clair, où on les laisse, jusqu'à ce qu'ils soient réduits au tiers de leur poids primitif. Ils sont alors mous et flexibles. On les emploie dans le traitement des fistules.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

RUSSIE. — Une récente statistique établit qu'on compte en Russie un médecin pour 18,000 habitants. Ces nouveaux résultats diffèrent peu, du reste, des chiffres que nous avons donnés à ce sujet il y a environ six mois.

— Le microscope électrique en usage à la Faculté de médecine de Vienne, et dont se servaient avec succès dans leurs démonstrations publiques Stricker, Kundrat, Ludwig et Schenk, a trouvé accès à la Faculté de médecine de Berlin ; le professeur Waldeyer en a commandé un à Vienne pour son Institut anatomique.

CHOLÉRA. — Les nouvelles de l'épidémie italienne font défaut en ce moment. On n'annonce plus que les mesures que doivent prendre les municipalités pour assainir les localités et prévenir un retour du fléau.

C'est ainsi qu'à Catane seront appliquées les diverses dispositions prescrites par la loi pour l'assainissement de Naples : surveillance administrative des logements insalubres ; défense de se servir d'eau reconnue infectée, fermeture des puits suspects, etc., etc.

A Malte, on a enregistré, pour toute la population de l'île, du 1er au 22 novembre, 586 attaques de choléra et 388 décès. Bien que l'épidémie soit en décroissance, on annonce encore de fréquentes atteintes.

7 décès cholériques à noter à Bombay dans la première semaine d'octobre.

4 cas de choléra dont 1 décès ont été constatés à bord du *Britannia*, vapeur ayant quitté Naples pour les Etats-Unis.

— Le Reichstag austro-hongrois est saisi d'un projet de loi contre l'ivresse. Il est composé de seize articles dont la teneur est assez semblable aux dispositions des lois analogues en vigueur aux Pays-Bas.

— La 56e assemblée annuelle du British medical Association se tiendra en 1888 à Glasgow du 7 au 10 août. Elle sera présidée par le professeur Gairdner. — Ch. S.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN MÉTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Héricourt est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de physiologie.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur Brown-Séquard est autorisé à se faire suppléer par M. d'Arsonval.

M. le professeur Marey est autorisé à se faire suppléer par M. François-Franck.

— M. Troisier vient d'être élu membre titulaire de la Société de biologie, par 36 suffrages sur 41 votants.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par arrêté en date du 2 août 1887, M. le docteur Max-Simon, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône) est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) et prendra rang à partir du 1er août 1887.

DISTINCTIN HONORIFIQUE. — M. le docteur Bournet, médecin à Amplepluis, vient d'être nommé chevalier de la Couronne d'Italie. Les études et les travaux de ce praticien concernent spécialement ce pays. Après deux volumes sur *Rome* et *Venise*, il publia sa thèse de doctorat sur la *Criminalité comparée de France et d'Italie*, et des *Chroniques italiennes* dans les *Archives d'anthropologie criminelle* dont il est le gérant. De pareils titres méritaient cette haute distinction. (*Lyon médical.*)

CONCOURS POUR L'HÔPITAL DE VIENNE. — Nous rappelons à nos lecteurs que lundi prochain s'ouvrira l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour deux places de médecin à l'hôpital de Vienne (Isère).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Thèses récompensées par la Faculté de médecine de Lyon pour l'année scolaire 1885-1886 (15 octobre 1885 au 15 août 1886) :

Médailles d'argent. — M. Didelot (Du pouvoir amplifiant du microscope). — M. Guérin (Contribution à l'étude du mode d'action du chloral et analyse des urines consécutives aux anesthésies par le chloroforme, l'éther et le protoxyde d'azote).

Médailles de bronze. — M. Bernard (Des attentats à la pudeur sur les petites filles). — M. Garand (Contribution à l'étude du sulfate de spartéine, spécialement dans son action sur le cœur et la circulation. — M. Manin (De l'albuminurie comme signe de la maladie de Brigt.

Mentions honorables. — M. Assada (Rachitisme et syphilis osseuse). — M. Chevalier (De

l'inversion de l'instinct sexuel, au point de vue médico-légal). — M. Couturier (Etude sur la configuration des empreintes plantaires chez les tabétiques). — M. Crozat (Etude expérimentale de l'action de nitrate d'argent sur la cornée). — M. Duzéa (Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels). — M. Laffage (Etude sur les variations du poids dans l'enfance. — M. Phélip (De l'uréthrotomie externe sans conducteur, et de ses indications multiples dans les rétrécissements de l'urèthre. — M. Porteret (Etude sur le pronostic des troubles de l'humeur vitrée). — M. Rochet (Des troubles trophiques après les résections pathologiques). — M. Roque (Du retard carotidien dans l'insuffisance aortique).

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés : directeur du laboratoire des cliniques : M. Guérin, agrégé ; — chef des travaux chimiques : M. Thorion ; — préparateur de chimie : M. Fistié ; — chef des travaux de physique : M. Bagnéris, agrégé ; — chef des travaux d'hygiène : M. le docteur Vallois ; — chef des travaux du laboratoire de thérapeutique : M. le docteur Ganzinotti.

Faculté des sciences de Marseille. — M. Reboul, professeur de chimie, est nommé doyen.

Ecole de médecine de Caen. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole, pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : premier prix, M. Auvray ; — deuxième année : premier prix, M. Lesage; — quatrième année : premier prix, M. Loisel.

Concours Dan de la Vauterie : premier prix, M. Loisel ; — concours Le Sauvage : deuxième prix, M. Dameuve ; — concours de travaux cliniques : premier prix, M. Rondel.

Pharmacie. — Première année : premier prix, M. Renouf; mentions honorables, MM. Lecuyer et Lebrun ; — deuxième année : premier prix, M. Desrez ; mention honorable, M. Satis ; — troisième année : premier prix, *ex æquo*, MM. Rancin et Eudes.

Concours de travaux chimiques : premier prix, M. Satis ; mention honorable, M. d'Auploy.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 23 janvier 1888, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le registre d'inscriptions est ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, de neuf heures à midi, et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 16 janvier inclusivement.

— M. le docteur Labrousse, adjoint au maire de Ribérac, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque populaire de Ribérac.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur David (de Morestel).

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 novembre 1887. — *Ordre du jour :* 1. M. Thevenot : Rapport sur le concours du prix Duparcque. — 2. M. Bouloumié : Traitement des glycosuries et diabètes. (Suite.) — 3. M. Coignard : Diabète. Médicaments. Médication. — 4. M. Desnos : Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la vessie (sans sonde). — 5. M. Luc : Tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Le traitement chirurgical du cancer du larynx est à l'ordre du jour dans plusieurs Académies ou Sociétés savantes de France et de l'étranger, et dans les journaux de médecine, par suite de circonstances qu'il n'est pas besoin de rappeler.

Voulant se disculper des attaques auxquelles il a été en butte dans ces derniers temps, et dont quelques-unes tendaient à le rendre responsable de l'état grave dans lequel se trouve actuellement le kronprinz, le professeur Virchow a communiqué à la Société de médecine interne de Berlin le résultat des examens histologiques qu'il a pratiqués. Or, il est curieux de remarquer que ces examens n'ont porté que sur des fragments de tumeur ou de tissus tout à fait insuffisants pour formuler une opinion nette. Une première fois, on lui remit un fragment de muqueuse si petit qu'il tenait en entier sur le porte-objet; une deuxième fois, on enlève un fragment de muqueuse et de tissu sous-muqueux; une troisième fois, un fragment de muqueuse; aussi M. Virchow a-t-il pu dire avec raison que, d'après son examen, il ne pouvait admettre une affection sérieuse; mais, d'après les termes mêmes de son rapport, les personnes compétentes pouvaient très bien supposer qu'à côté de ces fragments, il existait dans les tissus sous-jacents d'autres lésions appartenant à une affection plus grave. Ce n'est pas sa faute si cette autre partie malade du larynx du kronprinz n'a pas été découverte plus tôt et si on n'a pas enlevé le larynx il y a six mois.

M. Morell Mackenzie serait d'ailleurs peu autorisé à se fonder sur l'opi-

FEUILLETON

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE.

LA FEMME, essai de sociologie physiologique. — *Ce qu'elle a été — ce qu'elle est — les théories — ce qu'elle doit être* — par M. le docteur H. Thulié, ancien président de la Société d'anthropologie, ancien président du Conseil municipal de Paris.

Il y a des questions qu'on ne saurait trop présenter à l'intelligence humaine. Telles sont celles que la Société d'anthropologie expose et développe dans une série de publications, dont tous les hommes sérieux et instruits espèrent la continuation non interrompue. L'*Union médicale* se propose d'en faire connaître à ses lecteurs l'esprit et la portée; et, au besoin, de donner son appréciation et son jugement. Déjà, quatre volumes ont paru. Celui dont le titre précède a été livré le premier au public savant. L'*Union médicale* est en retard avec lui; mais il n'est jamais trop tard pour porter l'attention générale sur le sujet qu'il traite, car ce sujet appartient toujours à la plus vive actualité.

Le progrès de l'humanité, incessamment entravé, arrêté, par l'égoïsme inintelligent et l'ambition coupable d'hommes malheureusement puissants et nombreux, s'avance avec une lenteur qui attriste ou irrite les gens de cœur. Parmi les causes auxquelles on peut attribuer cette marche trop lente, il en est une que l'auteur a particulièrement

nion émise par M. Virchow pour agir comme il l'a fait, car il dit lui-même qu'il ne faut accorder qu'une créance modérée aux résultats de l'examen histologique des tumeurs du larynx pour en porter le diagnostic et le pronostic. D'après lui, c'est seulement depuis un mois environ que le néoplasme présente les caractères qu'on peut attribuer au cancer.

Puisque c'est un cancer, que faut-il faire? Faut-il pratiquer une opération radicale, l'extirpation du larynx, ou seulement une opération palliative, la trachéotomie?

Au début de l'affection, les professeurs Bergmann et Tobold, convaincus qu'il s'agissait d'un cancer, proposèrent la laryngo-fissure, qui aurait permis d'enlever la tumeur en conservant le larynx. Cette opération, acceptée tout d'abord, fut refusée dès qu'on eût pris l'avis de M. Morell Mackenzie. Aujourd'hui, il faut faire l'extirpation totale ou partielle du larynx, ou la trachéotomie.

L'extirpation du larynx, d'après l'intéressant article de M. Hache (*Bull. méd.* du 23 novembre), n'a pas jusqu'alors donné de merveilleux résultats.

Sur 105 cas réunis de *résection totale*, par M. Hache :

35 malades ont succombé à l'opération ou à ses suites immédiates; 8 à des complications un peu plus éloignées, secondaires; 28 ont eu des récidives entre 3 mois et 1 an, et sur 34 donnés comme guéris, 8 seulement ont survécu plus de 2 an.

L'*extirpation partielle*, pratiquée 27 fois, a donné 9 morts de l'opération ou de ses suites, et parmi les 18 autres, 2 sont donnés comme guéris et 4 comme probablement guéris. Les autres ont eu des récidives à diverses époques.

La *trachéotomie palliative*, dont Schwartz a recueilli 94 cas dans sa thèse d'agrégation, a donné 28 morts dans les 2 premiers mois, 51 ont survécu de 2 mois à 1 an; 12 de 1 à 2 ans; 2 de 2 à 3 ans; 1 de 3 à 4. Mais, d'après ma statistique personnelle, communiquée à Schwartz, j'avais trouvé, sur 48 cas, que la survie la plus fréquente était de 6 à 14 mois, et la survie moyenne peut être évaluée à 8 mois.

étudiée, et qu'il signale en l'éclairant par de nombreux développements, c'est la condition fausse de la femme dans le groupe humain. Après avoir rappelé sommairement les plaies sociales qui affaiblissent la France, et surtout sa dépopulation, « ... la cause première de tous ces maux, dit-il, c'est l'infériorisation légale de la femme, c'est l'injustice du code à son endroit, c'est l'absence de lois protectrices de son sort et de celui de son enfant.

« C'est parce que la question de la femme contient toutes les autres que j'ai écrit ces pages, formulé des critiques et indiqué des réformes. Ce n'est pas un livre de justice métaphysique et d'aspirations idéales; il s'appuie sur les lois naturelles, c'est une démonstration. »

Les lignes qui précèdent renferment le plan du livre que nous avons sous les yeux et le but que son auteur vise, et personne ne peut contester l'intérêt qui s'attache à une pareille publication.

Avant tout, il fallait rechercher quelle a été la condition sociale de la femme dans les temps les plus primitifs, et suivre son évolution, ses progrès dans la société humaine. Elle a été bien bas dans ses débuts, la pauvre femelle de l'homme, qu'on appelle maintenant la plus belle moitié du genre humain, et qui aujourd'hui encore, même dans la civilisation la plus avancée, lutte péniblement pour arriver au rang qu'elle doit naturellement occuper! Il est incontestable que, pour l'homme fossile, comme pour la plupart des sauvages connus, la femme a été une *bête de somme* et une *réserve alimentaire!* C'était l'abus le plus hideux et le plus inepte du droit de la force, abus qui est loin

Toutes ces données ont été confirmées dans la courte, mais intéressante discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine, mardi dernier, à propos de la présentation d'un malade de M. Tillaux, auquel il avait fait la trachéotomie pour un carcinome du larynx il y a six mois.

M. Tillaux est donc partisan de la trachéotomie et adversaire de l'extirpation totale; comme M. Verneuil, qui a cité des cas personnels où la survie avait été plus longue encore; comme M. Richet, qui a rapporté des cas analogues de survie assez longue pour rendre l'existence très supportable; au contraire, M. Labbé, qui a obtenu 3 succès sur 4 opérations radicales, pencherait pouc l'extirpation. Il a fait d'ailleurs remarquer avec raison que la principale cause de l'insuccès à la suite de cette opération était l'expectation trop longue gardée avant de se décider à intervenir; on perd du temps avec les applications topiques, les extirpations partielles par la voie uaturelle, la trachéotomie, et quand on se décide à l'extirpation, il est très tard, ou même trop tard.

Une autre remarque, faite par M. Tillaux, doit encore être signalée : c'est l'amélioration qui se manifeste du côté du néoplasme après la trachéotomie. Le néoplasme, laissé en repos, à l'abri de toute irritation causée par la respiration, la phonation et surtout le traitement topique, se décongestionne et diminue de volume... pendant un certain temps, bien entendu, mais cette amélioration passagère n'en est pas moins à noter et à apprécier. Elle est d'ailleurs analogue à celle qu'on observe du côté des néoplasmes du pharynx et de l'œsophage après la gastro-stomie, et du côté de l'intestin et du rectum après l'entéro-proctie, amélioration traduite par le rétablissement spontané de la perméabilité de ces canaux.

Dans cette même séance de l'Académie, M. Berger a fait une communication sur un nouveau procédé d'autoplastie qui consiste dans la transplantation d'un lambeau cutané d'une partie du corps sur une partie éloignée; M. Péan a été élu membre de l'Académie et M. Hérard a lu un rapport favorable sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. — L.-H. P.

---

d'être complètement éteint de nos jours. Les détails dans lesquels l'auteur est entré mettent ce fait en pleine lumière. D'ailleurs, « aux yeux des sauvages, la femme est d'une nature inférieure! ». Et ce qui est bizarre, c'est que sous ce rapport, les sauvages ont été les précurseurs des Pères et des Princes de l'église catholique, qui, à une époque relativement moderne, ont professé publiquement la même opinion, et cela avec des expressions cruelles, qu'on ne peut lire dans leurs écrits et dans l'histoire sans une pénible émotion et sans dégoût.

Dans les temps énormément éloignés de nous qui ont suivi l'époque préhistorique, la famille s'est constituée, bien imparfaitement, bien lentement, dans les agglomérations humaines les moins sauvages, les mieux douées; mais l'homme est resté le chef de la famille, le maître absolu, ayant droit de vie et de mort sur la femme, qui était sa propriété, son *esclave*. Toutefois, l'amour de la postérité, c'est-à-dire la soif de la domination même après la mort, ayant germé dans le cœur de l'homme, ce sentiment nouveau a donné à la femme une certaine importance. C'était assurément un progrès; mais quel progrès!

On peut placer ici un fait très digne des méditations des philosophes et des hommes qui ont reçu ou se sont donné la mission de diriger la société humaine, et sur lequel l'auteur insiste. Dans les populations antiques et sauvages, lorsque la vie était facile, comme à Taïti, où la terre donnait sans travail tout ce qui était nécessaire à l'homme, l'infanticide était la règle, les enfants n'étaient qu'une charge, et la femme qui voulait être mère était l'objet du ridicule et du mépris. Tout au contraire, quand un labeur était

Médications actuelles des glycosuries et diabètes (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 novembre 1887,

Par le docteur P. Bouloumié.

II

PATHOGÉNIE DES SYMPTÔMES DU DIABÈTE.

Pour étudier avec quelque méthode les médications des glycosuries et des diabètes, je devrai les classer d'après les théories qui les ont inspirées ou qui peuvent rendre compte de leurs effets, et, pour donner plus de précision à notre discussion, je rappellerai en quelques mots, sinon les principales théories du diabète, au moins les principales théories émises pour rendre compte de ses symptômes dominants.

Tout d'abord, avec Cl. Bernard, je dirai : « On ne peut donner de théorie complète du diabète », et, avec M. Jaccoud : « Aucune théorie n'est applicable à la totalité des faits ».

L'anatomie pathologique ne fournit pas ici, comme dans d'autres maladies, une base solide à l'interprétation des phénomènes morbides; la lésion constante, caractéristique, nécessaire à la production du diabète est encore à trouver.

Le système nerveux, le pancréas, les reins, ont présenté fréquemment des altérations, mais aucune ne peut jusqu'à présent être considérée comme la lésion propre du diabète.

Le plancher du quatrième ventricule a été trouvé souvent atteint d'atrophie ou de dégénérescences diverses, ou de tumeurs, ou d'altérations régressives, ou de lésions vasculaires; la moelle à plusieurs fois été trouvée congestionnée, ramollie; plusieurs fois on a constaté la dilatation des capillaires et des dernières ramifications artérielles, ainsi que des espaces

(1) Suite — Voir le numéro du 10 novembre 1887.

indispensable pour l'existence humaine, la femme devait enfanter, c'est-à-dire fournir des aides, des travailleurs. N'est-il pas permis d'inférer de là, que l'homme ne naît pas doué naturellement des sentiments que, dans notre civilisation actuelle, nous considérons comme les meilleurs; que ces sentiments, tels qu'ils existent aujourd'hui, sont l'effet d'un progrès trop lent, mais incontestable; et que l'effort humain le plus grand, le plus soutenu, doit être de les faire naître, de les cultiver, de les généraliser?

En avançant dans l'histoire de l'homme, on constate que l'amour de la postérité se montre dominant dans toute la législation antique; c'est un effet de l'orgueil et de l'égoïsme; d'ailleurs, il fallait peupler la terre. La femme, toujours méprisée en elle-même — le divin Platon la considère comme l'intermédiaire entre la brute et l'homme! — est honorée en proportion du nombre des éléments de postérité qu'elle fournit à son maître; elle est *reproductrice*, suivant l'expression pittoresque de l'auteur : « En mettant un enfant mâle au monde, dit Manou, la femme procure le ciel à son époux et aux ancêtres de son époux. » Cette croyance a été la cause d'une pratique qui ne peut nous paraître que ridicule et repoussante, mais que le philosophe doit connaître : « Quand l'épouse ne donne pas d'enfants, on la répudie si c'est par sa faute..... Si la stérilité vient de l'homme, — comment le savait-on? — il la cède temporairement à son frère ou à l'un de ses parents, mais c'est une cérémonie grave et toute idée de plaisir en est proscrite. Voici le précepte : « Arrosé de beurre liquide et gardant le silence, que le parent « chargé de cet office, en s'approchant pendant la nuit, d'une veuve ou d'une femme

péri-vasculaires encéphaliques et médullaires, et Frerichs a même particulièrement insisté sur la dilatation des petits vaisseaux du bulbe et sur sa coexistence assez fréquente avec de très petits foyers de myélite dans le diabète.

Dernièrement, M. Richardière et M[lle] B. Edwards ont rapporté des cas de diabète par extension de la sclérose en plaques au plancher du quatrième ventricule.

Les auteurs anglais ont signalé la fréquenee des altérations du grand sympathique chez les diabétiques, et M. Peter a pu attribuer aux altérations du pneumo-gastrique, plusieurs fois constatée dans le diabète, la glycosurie diabétique.

Enfin les observations se multiplient, montrant que le réflexe rotulien est aboli dans le diabète grave.

Le pancréas a souvent, chez les diabétiques, présenté des lésions plus ou moins étendues macroscopiques ou microscopiques, étudiées surtout par Bouchardat, Lancereaux, Seegen, Lapierre, Baumel. Frerichs l'a trouvé 28 fois normal et 12 fois atrophié; il a vu 2 fois le diabète en rapport immédiat avec une maladie aiguë de la glande terminée par suppuration.

Les reins, signalés dès longtemps, par Griesinger et Frerichs particulièrement, comme atteints dans le diabète, ont toujours été trouvés par ce dernier envahis par une dégénérescence des anses de Henle qu'il dit « constante et particulière au diabète », et qu'il rapporte à la maladie elle-même et bien plus encore à l'excrétion du sucre par les reins. Elle consiste en une dilatation considérable liée à une hypertrophie de l'épithélium.

Le foie, qu'on pourrait s'attendre à trouver fréquemment altéré dans le diabète, puisqu'il réunit au plus haut degré les deux fonctions complémentaires de production et de destruction du glycogène, ne présente pas de lésion caractéristique, pas même de lésion habituelle; il est assez souvent congestionné, un peu développé, mais parfois aussi on le voit atrophié, cirrhotique.

Aucune des altérations matérielles constatées n'est donc spéciale et

---

« sans enfants, engendre un seul fils, jamais un second...!! » Chez les Hébreux, l'héritier était chargé de faire une postérité à son parent mort sans enfants, etc. »

L'auteur nous fait assister à la formation graduelle de la famille, de l'Etat, à l'établissement des droits, des devoirs... « La femme suit cette progression et s'élève peu à peu comme les sociétés; » mais, à quelques exceptions près, elle reste loin en arrière, elle est perpétuellement mineure. Toutefois, il est arrivé une époque où enfin la femme a été une personne humaine, où les hommes ont reconnu son existence sociale. Le sort de la femme a changé dès lors considérablement. Mais hélas! « Il faut reconnaître que le premier essai qu'elle fit de la liberté fut déplorable! La femme romaine en a usé jusqu'à la licence la plus abominable. » L'auteur rappelle toute cette histoire bien connue: « ... Des hommes de rien, des histrions, des baladins, des affranchis, des esclaves, sont élevés aux plus hautes positions de l'Etat par le caprice de leurs puissantes maîtresses.... » Or, la législation et les idées romaines s'étant introduites dans les contrées conquises qui sont devenues la France, n'est-il pas probable que les dispositions de nos codes, qui font la femme *incapable*, ont pour origine lointaine ces faits restés dans la tradition et dans les esprits, où la femme s'est montrée un sexe faible, incapable, en effet, de résister à ses impulsions passionnelles. Mais les précautions sociales ont été excessives, et, dans les conditions actuelles, elles sont injustes, et quelquefois cruelles.

Lorsque le christianisme se répandit, la femme, en tant que femme, parut sauvée. « Saint Paul, le premier, affirma l'égalité de l'homme et de la femme... Jusque-là inférieure ou avilie, la femme se sentit réhabilitée.... » Malheureusement, cette tentative de

caractéristique, aucune ne rend compte des troubles nutritifs qui caractérisent le diabète; il faut, par conséquent, chercher ailleurs que dans l'anatomie pathologique les bases d'une thérapeutique rationnelle.

Le grands symptômes objectifs du diabète, la glycosurie, l'azoturie, la polyurie, de même que l'affaiblissement musculaire et nerveux ne peuvent être considérés autrement que comme dépendants d'un trouble du système nerveux encore inconnu dans son essence et sa localisation; aussi beaucoup de médecins, s'en tenant au symptôme le plus saillant, à celui qui frappe le plus le malade, la glycosurie, finissent-ils par confondre le symptôme et la maladie, et n'ont-ils en vue que celui-ci dans leurs traitements. D'autres cependant, plus avisés et plus scientifiques, estiment que des traitements doivent être dirigés sinon contre la cause immédiate du diabète, puisqu'elle est inconnue, au moins contre la cause prochaine, appréciable, des divers symptômes, et ne prescrivent et poursuivent une médication quelconque qu'après avoir dressé en quelque sorte un inventaire de leur malade, inventaire qu'ils repèlent assez souvent pour ne pas s'en laisser imposer par les modifications apportées dans la marche ou l'intensité d'un des symptômes considéré isolément.

Je dirai quelques mots des causes et du mode de production de la glycosurie, de l'azoturie et de la polyurie avant de discuter l'action et la valeur des divers moyens employés dans le diabète.

La glycosurie, chez le diabétique non soumis au régime anti-glycosurique strict, a une double origine :

1° La glycose provenant du glycogène formé dans le foie, lors de la revision par cet organe des déchets organiques en circulation (glycose organique);

2° La glycose apportée au foie par les sucres et les amidons alimentaires, que cette glycose soit passée d'abord par l'état de glycogène ou qu'elle ait été directement livrée à la circulation après avoir subi l'action des sucs digestifs (glycose alimentaire).

A l'état normal, tout le sucre ingéré se transforme en glycogène, puis

réhabilitation ne dura pas longtemps : « A mesure que les chrétiens gagnaient du terrain et absorbaient le vieux monde, les traditions antiques reparaissaient.... On est tout surpris de constater le mépris profond, presque l'horreur que les Pères de l'église professaient pour la femme.... Grâce aux prédications des prêtres qui poussaient le mépris jusqu'à se demander si la femme a une âme... elle ne fut bientôt plus l'égale de l'homme... Le mariage était violemment battu en brèche. Les prédications les plus éloquentes, et les écrits les plus célèbres le traitaient d'état d'impureté; c'était la femme, *impure* de naissance, qui en faisait la souillure... Saint Ignace martyr veut que l'évêque intervienne à chaque union, afin qu'elle puisse se consommer selon la volonté de Dieu et non au gré des passions charnelles!!... Aucune secte religieuse n'a combattu le mariage avec autant d'ardeur que la religion chrétienne. L'union légale et sanctifiée était regardée par tous les docteurs de l'église comme un état d'abjection. La loi ne sévissait plus contre le célibat, qui était la pureté, la joie de Dieu, le seul moyen de gagner les récompenses éternelles : « Mettons la main à la cognée, dit saint Jérôme, et coupons « par ses racines l'arbre stérile du mariage... » ... Tous les docteurs ont humilié la femme devant l'homme, tous l'ont maudite et déclarée impure et diabolique, tous, avec saint Jean Chysostôme, l'ont accusée de souiller l'homme dans le mariage. Ce grand saint s'écrie : « Souveraine peste que la femme! Dard aigu du démon!... Par la femme, « le diable a triomphé d'Adam, et lui a fait perdre le paradis. » Saint Jean de Damas n'est pas plus gracieux : « La femme est une méchante bourrique, dit-il, un affreux « tænia qui a son siège dans le cœur de l'homme; fille du mensonge, sentinelle avancée

est versé progressivement dans le sang, soit sous cette forme, soit sous forme de glycose et se trouve dès lors rapidement consommé, puis consumé, un peu partout dans l'organisme, mais spécialement dans les muscles.

L'intégrité de la fonction glycogénique assure ainsi la glycémie normale, et à l'état physiologique l'organisme peut, sans que le sucre apparaisse dans l'urine, en absorber des quantités considérables, tant parce que le foie ne livre que progressivement le glycogène et le sucre à la circulation, que parce que le pouvoir d'absorption et de destruction du sucre dans les tissus, dans les muscles en particulier, peut dépasser, dans une assez large mesure, ses limites normales.

L'hyperglycémie ne survient, par conséquent, que par une des causes suivantes :

1° Apport exagéré de sucre d'origine quelconque;

2° Insuffisance d'absorption du sucre par les tissus;

3° Insuffisance de combustion ou transformation par oxydation du sucre dans les tissus.

L'*apport exagéré du sucre* peut provenir : *a*) d'une insuffisance du foie, soit à transformer et à fixer sous forme de glycogène le sucre fourni par une alimentation riche en sucre et amidon, soit à fixer le sucre et le glycogène provenant de la désassimilation; *b*) d'une exagération de la fonction glycogénique du foie par suractivité circulatoire et sécrétoire (Vulpian, Lecorché).

Je rappellerai que, d'après Bouchardat, cet apport exagéré de sucre proviendrait d'un excès de ferment glycogénique par sécrétion anormale de diastase stomacale. Celle-ci provoquerait, dans l'estomac même, la transformation des amidons en sucre, et, dès lors, le passage de celui-ci dans le sang serait immédiat.

L'*insuffisance d'absorption et de destruction du sucre* dans les tissus, cause assurément la plus importante et la plus fréquente de la glycosurie diabétique, peut provenir soit de l'état de ces tissus, soit de la nature du sucre qui lui est fourni.

« de l'enfer, qui a chassé Adam du paradis. » ... « Tête du crime, dit saint Antonin, « arme du diable! quand vous voyez une femme, croyez que vous avez devant vous, « non pas un être humain, non pas même une bête féroce, mais le diable en personne. « Sa voix est le sifflet du serpent!!! » — « Femme, dit Tertullien, tu devrais toujours être « vêtue de deuil et de haillons, n'offrant aux regards qu'une pénitente noyée de larmes, « et rachetant ainsi la faute d'avoir perdu le genre humain! Femme, tu es la porte du « démon!... »

Triste exemple de la mobilité des croyances humaines! A Athènes, la loi n'admettait pas la virginité, toutes les femmes devaient donner des citoyens à l'Etat; à Rome, quand elle était païenne, la maternité était le suprême honneur; et, en effet, quoi de plus respectable? Puis, voilà que, sous l'influence de la religion nouvelle, c'est la virginité qui est la gloire, et le mariage la honte! Comment a-t-on osé dire que le libre penseur est l'ennemi de la famille? Comment, dans l'état actuel de l'humanité, peut-on concevoir la société sans le mariage? Quelle idée les propagateurs du catholicisme se font-ils donc de leur Dieu, dont on ne pourrait obtenir les faveurs qu'en foulant aux pieds les lois naturelles qu'il a instituées? Où nous mèneraient les opinions et les préceptes de saint Jérôme, de saint Jean Chrysostôme, de Tertullien, de saint Jean de Damas, etc., sinon à l'extinction du genre humain à la surface de la terre?... Il est vrai qu'à tout prendre, ce ne serait pas un grand mal!

(*A suivre.*) Dr G. RICHELOT père.

La quantité de sucre, normalement détruite, correspond à la quantité normalement fournie aux tissus, et celle-ci à la quantité normalement contenue dans le sang.

La quantité de sucre contenue dans le sang en circulation varie de 0,40 à 1,20 p. 1,000, soit 2 à 10 grammes dans la masse totale du sang, et la quantité consommée en vingt-quatre heures par les tissus est évaluée par les uns à 1 kilogr., par les autres à 2 kilogr.; tandis, en effet, que certains auteurs, dont M. Lecorché confirme les dires, soutiennent qu'un homme ne peut brûler que 1,000 grammes de sucre, faute d'une quantité d'oxygène suffisante pour en brûler davantage, M. Bouchard, évaluant à 1 gramme la quantité de sucre normalement cédée aux tissus à chaque révolution circulatoire, et fixant le nombre des révolutions circulatoires à 1,856 environ en vingt-quatre heures, étant donné que chacune dure 46",7, dit que, normalement, 1,856 grammes de sucre sont livrés aux tissus par le sang dans une période de vingt-quatre heures. Cette quantité, théoriquement évaluée de 1,000 à 2,000 grammes, peut varier beaucoup et notamment augmenter très sensiblement sans provoquer d'accidents chez l'individu sain d'ailleurs, parce que la puissance d'absorption et de destruction des tissus par rapport au sucre varie dans des limites très étendues; aussi le sang peut-il contenir jusqu'à 3 à 5 p. 1,000, au lieu de 0,40 à 1,20 p. 1,000, sans que pour cela la glycosurie se manifeste. Cette limite dépassée, l'hyperglycémie entraîne l'apparition du sucre dans l'urine.

Les facteurs essentiels de la glycosurie sont donc les suivants, qui peuvent être mis en jeu isolément ou collectivement :

a) Excès absolu de sucre dans le sang (plus de 3 à 5 p. 1,000); hyperglycémie absolue;

b) Excès de sucre par rapport à la capacité d'absorption des tissus, tissus musculaires principalement, ou, en d'autres termes :

b') Diminution de la capacité d'absorption des tissus.

c) Excès de sucre par rapport à la puissance de destruction ou de consommation par les tissus, ou, en d'autres termes :

c') Diminution de la destruction ou de l'utilisation du sucre ou du glycogène.

La quantité de sucre rendue en vingt-quatre heures peut varier dans de grandes proportions : de quelques grammes à 500 et 600 grammes. Dickinson l'a vue arriver à 1,500 grammes. Le maximum, dit M. Bouchard, ne peut excéder 140 grammes par litre, parce que cette quantité exige 980 grammes d'eau de diffusion.

Les quantités le plus fréquemment constatées varient de 10 à 40 gram. p. 1,000.

L'*azoturie*, rare dans le diabète hospitalier ou diabète des pauvres déjà avancé, se montre très fréquemment dans le diabète considéré en général, et d'une manière habituelle, mais non constante et continue, dans le diabète observé en ville. De là viennent les divergences d'opinion exprimées au sujet de sa pathogénie.

Frerichs dit que l'urée est ordinairement augmentée dans l'urine des diabétiques, et atteint quelquefois les chiffres de 80 à 100 grammes en vingt-quatre heures; Dickinson l'a vu arriver à 142 grammes et Furbringer à 163 grammes. Nourrissant de la même manière deux femmes, l'une diabétique, l'autre non diabétique, Frerichs a constaté que la première rendait plus d'urée que la seconde, et plus d'urée que n'en devaient fournir les

albuminoïdes ingérés. Il y a donc, dans certaines conditions, chez les diabétiques non seulement absence ou insuffisance d'utilisation des albuminoïdes, mais encore autophagie destructive, et c'est ainsi que s'explique l'*amaigrissement*, qui est un des caractères principaux du diabète. Tous les composants de l'urine sont alors généralement éliminés en excès, mais dans des proportions que l'analyse seule peut déterminer pour les différents cas et les différentes périodes de chacun d'eux.

Pour M. Lecorché, « l'azoturie est de règle dans le diabète; elle est d'autant plus prononcée que le diabète est plus grave; elle n'existe bien réellement qu'au début du diabète ».

M. Bouchard met « l'azoturie au premier rang parmi les circonstances aggravantes du diabète »; elle n'est pas en rapport direct avec la glycosurie; elle est loin d'être constante; elle ne se montrerait que 40 fois sur 100; 20 fois l'élimination d'urée serait au-dessous de la normale; 40 fois, elle serait normale.

M. Jaccoud considère l'azoturie comme le symptôme de la deuxième forme du diabète, forme dans laquelle l'azoturie provient de la désassimilation exagérée de la substance organique azotée qui, en prenant l'oxygène disponible, rend plus incomplète encore qu'auparavant l'oxydation du sucre et son utilisation.

Hirtz a signalé non seulement l'excès d'urée, mais encore l'excès parfois très considérable de matières extractives dans l'urine des diabétiques, et M. Jaccoud, y a trouvé la créatinine très abondante.

Mes observations personnelles aidant, je crois pouvoir, sans aller à l'encontre du fait constaté de la diminution de consommation d'oxygène et d'exhalation d'acide carbonique, résumer la question de l'azoturie dans le diabète en disant :

Il existe deux sortes d'azoturie, l'une nutrimentaire, l'autre organique; dans la première, il y a perturbation des phénomènes de nutrition amenant une utilisation incomplète des albuminoïdes alimentaires plus encore qu'organique; dans la deuxième, il y a exagération de désassimilation et abandon par l'organisme des produits azotés de cette désassimilation, ce qui explique pourquoi l'azoturie absolue au début est plus considérable que celle qui se manifeste ultérieurement; pourquoi elle est, pendant plus ou moins longtemps, compensée par la polyphagie; pourquoi l'azoturie relative des périodes plus avancées est consomptive, quoique peu accusée d'une manière absolue; pourquoi, enfin, l'azoturie n'est pas en rapport direct avec la glycosurie. S'il y avait, comme le voudraient Pettenkofer et Voit, désassimilation exagérée de la matière protéique, particulièrement instable, et consommation insuffisante d'oxygène pour faire de la graisse, d'où la formation du sucre, il y aurait toujours à côté du sucre une proportion correspondante de matières azotées; ce qui n'est pas.

La *polyurie* est habituelle, sinon constante, dans le diabète. Lecorché l'a notée 65 fois sur 74 cas; elle peut atteindre des chiffres très élevés, mais elle peut aussi manquer. Elle attire souvent l'attention du malade et du médecin, et met sur la voie du diagnostic. Elle paraît résulter, en général, d'une attraction exercée par le sucre contenu dans le sang sur l'eau contenue dans les tissus; aussi, dit Jaccoud, la polyurie est-elle en rapport avec la glycémie. Elle se montre souvent en rapport à la quantité de sucre éliminée, comme si elle était nécessaire à cette élimination; mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans un certain nombre de cas, elle paraît être

plutôt concomitante ou consécutive que corrélative, ce qui s'expliquerait par l'état du système nerveux ou l'état des reins. Souvent, en effet, la polyurie simple précède ou suit la polyurie avec glycosurie, et souvent elle se manifeste avec les symptômes de la polyurie par néphrite interstitielle.

Comme la glycosurie, comme l'azoturie, comme la polyphagie, la polyurie, chez le diabétique, est parfois efficace au lieu d'être nuisible.

Je n'ose pas entrer dans de plus longs détails sur ces symptômes, si importants à considérer chez le diabétique, et moins encore me livrer à une étude de tous ceux qui se présentent au cours de la maladie, je m'écarterais trop du but spécial de cette communication, mais j'ai tenu à rappeler la pathogénie des symptômes dominants et à provoquer sur ce point la discussion, pensant qu'après cela, nous étudierons les diverses théories thérapeutiques avec plus de fruit que nous ne l'eussions fait si nous les eussions abordées d'emblée. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Guide des mères et des nourrices, par le docteur E. Périer, membre de la Société de médecine pratique. — Paris, J.-B. Baillière, 1887.

Nous signalons avec plaisir la deuxième édition de ce petit livre, qui, pour être de format restreint et d'allures modestes, n'en a pas moins sa grande utilité pratique.

Voir « des connaissances scientifiques remplacer les préjugés et la routine » dans l'éducation des enfants du premier âge, tel est le but de l'auteur. Nous applaudissons à l'intention, et en même temps à la mise en œuvre, car ce petit livre nous paraît écrit avec autant de bon sens et de savoir que de simplicité; il contient une quantité de bons conseils sur l'*hygiène de la mère*, les *soins* et l'*alimentation pendant la première enfance*, la *médecine* d'urgence.

L'auteur espère, dans un ouvrage ultérieur, poursuivre l'éducation des enfants jusqu'à l'adolescence. Nous devons l'encourager à persévérer dans son œuvre utile. — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Elle comprend, outre les journaux et revues habituels, trois brochures de M. le docteur Wasseige (de Liège), membre correspondant : 1° *Chorée grave pendant la grossesse; accouchement forcé;* — 2° *Observation obstétricale;* — 3° *De l'éducation des enfants* (discours inaugural, 1887-1888);

De M. Malibran : *Réflexions sur les ectasies gastriques;*

Le n° 5 (2e année) de la *Revue de l'hypnotisme.*

— A propos du procès-verbal, M. de Beauvais lit la note suivante :

Je vous propose, Messieurs, au nom de la Société de médecine de Paris, de nous associer de cœur à l'éloquent et légitime hommage rendu récemment dans la ville de Tours à la mémoire du regretté professeur Trousseau par son disciple et ami M. Peter, notre éminent collègue et ancien président.

M. Trousseau, cet illustre maître, compte parmi nous de nombreux et de reconnaissants élèves. Quant à moi, je ne saurais oublier que c'est sous ses yeux et sous sa bienveillante direction que j'ai pratiqué, en 1855, ma première thoracentèse à la clinique de l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Boileau. De plus, nous avons le bonheur

de voir revivre ici son nom vénéré et son souvenir dans son digne petit-fils, ophthalmologiste distingué et laborieux.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

— M. Bouloumié fait hommage de deux brochures intitulées : 1° *Police sanitaire des villes d'eaux;* et 2° *Traitement du diabète.*

— M. Larroque lit une observation de *Plaies de l'intestin; sutures simples; guérison.* (Sera publiée.)

— M. Bouloumié lit la première partie d'un mémoire sur le *Traitement des glycosuries et diabètes; curabilité du diabète.* (Sera publié.)

M. Boucheron : Il est très difficile de répondre catégoriquement à cette question de la curabilité du diabète. C'est comme si l'on demandait : la goutte guérit-elle ou ne guérit-elle pas? On ne peut pas vouloir parler de guérison absolue; d'autant plus que la présence du sucre dans les urines n'est qu'un élément de la maladie.

M. de Beauvais : Sur quoi peut-on baser la guérison du diabète? Il ne suffit pas, comme vient de le dire M. Boucheron, qu'il n'y ait plus de sucre dans les urines. Je me rappelle un malade chez lequel toute trace de sucre avait disparu, et qui, quatre jours après, mourait dans le coma.

M. Bouloumié : Je considère comme guéri le diabétique qui est revenu à un état de santé tel qu'il peut se livrer aux mêmes occupations qu'avant sa maladie, et prendre une nourriture à peu près semblable.

M. Boucheron expose la théorie qu'il a adoptée pour se rendre compte de la nature du diabète. Il considère le diabète gras, ainsi que le diabète non gras, comme produits tous deux par une fermentation dont les agents sont multiples, et qui porte non seulement sur les substances glycogènes, mais encore sur les substances azotées. Le sucre des urines provient à la fois des matières sucrées ingérées et de la transformation des matières contenus dans l'organisme. Il rend compte d'une série d'expériences qu'il a faites avec un de ses confrères, et il conclut en admettant l'existence d'un microbe spécial qui serait la cause originelle de la fermentation diabétique.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Trousseau lit une note sur un cas d'*Erythème iodoformique.* (Sera publiée.)

M. Ladreit de Lacharrière : J'ai fréquemment employé l'iodoforme à l'intérieur, et j'en ai obtenu de bons résultats dans certaines affections scrofuleuses. Mais, quelquefois, j'ai vu se produire des érythèmes et même une urticaire avec fièvre. Aussi suis-je devenu plus réservé, et, quand il existe chez le malade une disposition herpétique, je m'abstiens.

M. Dubuc : A quelle dose notre collègue a-t-il donné le médicament? Pour moi, je n'ai jamais eu d'accidents, et j'ai fréquemment employé l'iodoforme à la dose de 0,20 à 0,25 en suppositoire, notamment dans les cas de prostatite tuberculeuse.

M. Ladreit de Lacharrière : La dose que j'emploie est de 0,05 à 0,10; je suis allé même jusqu'à 0,20.

M. Boucheron : J'ai employé l'iodoforme à l'intérieur des centaines de fois, et j'ai pu le donner pendant longtemps, sans aucun accident, à la dose de 0,10 à 0,20 par jour. Chez certains malades, cependant, il n'était pas toléré. J'en ai obtenu d'excellents résultats dans certaines maladies de la peau.

M. Antonin Martin lit une *Observation d'épi de seigle trouvé dans un abcès chez un enfant.* (A publier.)

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

C'est le professeur Weichselbaum (de Vienne) qui est appelé à la chaire d'anatomie pathologique à l'Université d'Innsbruck.

— Le docteur Tschudnowski est nommé professeur de clinique interne à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

VOL DE DIPLÔME DE MÉDECIN. — On vient de poursuivre devant les tribunaux suisses un empirique nommé C. Steiger qui avait réussi à se procurer et à s'approprier frauduleusement certains titres médicaux.

Il s'était fait inscrire en 1867 à la Faculté de médecine de Munich, mais n'avait jamais passé un examen. Il se fit prêter un diplôme qu'il ne rendit jamais à son possesseur et grâce auquel il se mit à exercer. Ce titre lui aurait même servi à se faire accepter comme médecin d'Etat major (médecin principal) dans l'armée allemande en 1870. Pendant cette guerre, ses remarquables services lui auraient même valu la croix de fer. D'aussi incontestables mérites lui firent facilement accorder en 1873 l'autorisation d'exercer à Berne, et ce n'est qu'en 1887 qu'on put démontrer que ce praticien n'avait jamais passé un examen de médecine !

Quelle profession facile que celle de médecin ! — Ch. S.

COURRIER

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le laboratoire de recherches de M. le professeur Gaston Bonnier (botanique) est ouvert, pendant l'année scolaire 1887-1888, tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir. On s'inscrit, de deux heures à quatre heures, au laboratoire de botanique de la Sorbonne (Escalier E, au deuxième étage).

Le laboratoire d'enseignement est ouvert à partir du 21 novembre. Les exercices et travaux pratiques de morphologie, de physiologie et de botanique systématique dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles, auront lieu sous la direction du professeur. Les manipulations en vue de la préparation spéciale à la licence commenceront le 15 mars 1888. On s'inscrit de deux heures à quatre heures, au secrétariat de la Faculté des sciences.

Les laboratoires d'enseignement de MM. les professeurs H. de Lacaze Duthiers et Yves Delage s'ouvriront à la même date.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours sous la direction des professeurs, de midi à quatre heures ; il consisteront en dissections, exercices pratiques et conférences d'anatomie, physiologie et zoologie dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles.

Les laboratoires de recherches seront ouverts à la Sorbonne, pendant toute l'année scolaire, et aux stations maritimes de Roscoff (Finistère) pendant l'été, et de Banyuls-sur-Mer, laboratoire Arago (Pyrénées-Orientales), pendant l'hiver. On s'inscrit de deux heures à quatre heures au secrétariat de la Faculté des sciences.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 28 novembre. *Ordre du jour* : 1. M. Le Bec : Rapport sur la candidature de M. Augé au titre de membre correspondant. — 2. M. Descroizilles : Sur un cas de stomatite ulcéro-membraneuse. — 3. M. Bottey : Observation d'un cas d'aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique. — 4. M. Le Bec : Hernie congénitale étranglée ; ectopie testiculaire ; cure radicale ; guérison.

N. B. La Commission du prix se réunira à la fin de la séance.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De l'hystérie alcoolique,

Par le docteur Ferdinand DREYFOUS (1),

Ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine.

DISCUSSION DES FAITS. — Les sujets dont nous venons d'indiquer l'histoire, sont-ils alcooliques? sont-ils hystériques?

Pour répondre à ces questions, nous pouvons nous appuyer sur des preuves positives et une preuve négative.

Qu'ils soient alcooliques, impossible de le nier. La plupart avouent leurs excès de boissons; ils ont des pituites, des rêves caractéristiques, des hallucinations, du délire.

L'hystérie pourrait presque être affirmée en s'appuyant sur les caractères seuls de l'hémianesthésie sensitive et sensorielle.

MM. Debove et Achard (2) ont bien insisté sur la valeur séméiologique de ce syndrome qui « porte vraiment la marque de la névrose ». D'après eux, en effet, « l'hémianesthésie cérébrale doit toujours, et avant tout, faire songer à l'hystérie ».

Cela est encore plus nécessaire si, comme dans quelques-unes de nos observations, l'hémianesthésie apparaît après une attaque apoplectique. Mais, ce qui lève tous les doutes (malheureusement l'expérience n'a pas

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3, 5. 15 et 24 novembre 1887.

(2) Ch. Achard : *Apoplexie hystérique* (*Arch. gén. de méd.*, janvier-février 1887), et *Bulletin médical*, 3 août 1887.

FEUILLETON

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE.

LA FEMME, ESSAI DE SOCIOLOGIE PHYSIOLOGIQUE. — *Ce qu'elle a été — ce qu'elle est — les théories — ce qu'elle doit être* — par M. le docteur H. THULIÉ, ancien président de la Société d'anthropologie, ancien président du Conseil municipal de Paris (1).

Quoi qu'il en soit, au début du christianisme, la femme « avait été proclamée l'égale de l'homme... Cette idée ne pouvait pas se perdre »; et malgré la réaction qui s'est opérée au sein même de cette religion si puissante, « le principe de l'élévation de la femme n'a pu être déraciné. Il domine tous les esprits progressifs et s'imposera de plus en plus dans les législations humaines. »

On voit, par cette analyse rapide, que notre auteur a passé en revue les diverses conditions sociales de la femme dans les temps anciens, telles que son érudition lui a permis de les juger, en lui appliquant, dans chacune d'elles, des épithètes caractéristiques, *bête de somme, esclave, reproductrice, incapable, impure,* qu'il a développées et justifiées dans autant de chapitres pleins de détails intéressants. Puis, il a ajouté, dans un cha-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

été faite dans tous les cas), c'est la disparition de l'hémianesthésie sous l'influence des courants électriques (obs. I). Ajoutons à cela l'état moral (1) des sujets, leur caractère bizarre qui cadre bien avec celui des hystériques; enfin, et surtout, les attaques convulsives qui ne sont pas celles de l'épilepsie. Elles ont quelque chose d'anormal, d'illogique, d'extraordinaire, comme celles de l'hystérie, se produisent la nuit comme le jour. (L'apparition des accès le jour, leur absence la nuit, étaient regardées par le regretté Lasègue comme propres à l'épilepsie vraie.) Dans quelques observations, la description rappelle tout à fait celle des attaques hystériques avec les mouvements de bassin, le clownisme des hystéro-épileptiques (obs. II). Dans un cas (obs. II), le chloroforme fit cesser l'attaque convulsive.

Ces arguments, qui paraissent aujourd'hui péremptoires, eussent bien étonné les cliniciens il y a quelques années. Et ces observations restaient à l'état de problème insoluble. Tantôt on admettait l'épilepsie anormale ou tardive, tantôt on pensait à une tumeur cérébrale. Ces diagnostics ne satisfaisaient pas complètement l'esprit. Ils étaient alors les seuls possibles. Maintenant que des faits analogues ont été bien étudiés et bien classés, on pourrait se demander comment, *en dehors de l'hystérie*, il serait possible d'interpréter ces faits si obscurs naguère, si simples actuellement. Cette névrose *protéiforme* permet seule de concilier les contradictions apparentes de ces observations.

SYMPTÔMES. — Si nous résumons les symptômes hystériques indiqués dans les observations, nous trouvons les suivants :

L'hémianesthésie (15 observations).

L'apoplexie. (Obs. VIII et IX.)

Les vertiges. (Obs. III, IV, VIII et XIII.)

Les attaques hystéro-épileptiques. (Obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, X, XI et XII.)

(1) Huchard : *Union médicale*, 1883.

pitre complémentaire, d'importantes considérations relatives à l'existence de la femme sous la royauté absolue, dont les mœurs étaient peu faites pour relever son moral.

Ainsi, par la peinture animée de la femme, la compagne dévouée de l'homme, l'ange du foyer, si maltraitée par ceux-là mêmes qui auraient dû être ses protecteurs, et dont presque tous les torts ont été l'effet de l'action déplorable, démoralisante de la société sur elle, il nous a donné tout son triste passé, jusqu'à la Révolution de 1789, qui a établi, sinon complètement en pratique, au moins en principe et d'une manière irrévocable son véritable rang.

Mais quelle est sa position actuelle dans notre civilisation? Pour répondre à cette question, l'auteur nous a présenté la femme de nos jours dans le monde, dans le demi-monde et dans les communautés religieuses. Ses descriptions et ses récits sont profonds, piquants, et, dans beaucoup de cas, justement sévères. En rassemblant et en groupant méthodiquement tous ces faits, il a écrit une remarquable page d'histoire contemporaine, où l'on voit avec peine que, « sous le régime des lois actuelles, le mariage, qui devrait la grandir et l'élever, est un abaissement pour la femme, la dépouille de tous ses droits... »

Ici l'auteur a placé une série de discussions sur ce qu'il appelle les théories : théorie de tradition (infériorité), théorie sentimentale (égalité), théorie scientifique (ni inférieure, ni égale), destination selon la nature. Dans ces discussions savamment et vigoureusement menées, l'anatomie et la physiologie, comme on devait s'y attendre, occupent une place prépondérante, et la conclusion à laquelle elles aboutissent peut se résumer dans

Les contractures circonscrites. (Obs. II et X.)

L'hémichorée ou mieux un tremblement choréiforme unilatéral. (Obs. II, V, VIII, X.)

Le mutisme (qui accompagne seulement l'hémiplégie droite). (Obs. VIII, IX et X.)

L'hystérie alcoolique présente, en un mot, la même symptomatologie que les autres hystéries toxiques (mercurielle et saturnine) (1).

Pathogénie. — La pathogénie est-elle absolument identique? Charcot fait intervenir l'*alcoolisme* à titre de cause occasionnelle et non à titre de cause efficiente. D'après lui, l'alcoolisme ne crée pas une hystérie, elle l'aide seulement à se produire chez un malade prédisposé. C'est aussi l'opinion d'Achard (2) : « Au sujet de l'alcoolisme, nous avons fait les plus grandes réserves et nous n'avons accepté pour l'intoxication comme suffisamment établi que le rôle de cause adjuvante dans le développement des manifestations hystériques. »

Le rôle de l'alcoolisme serait dès lors comparable à celui que mon éminent maître, M. Potain (3) attribue à la syphilis : « Le sujet est hystérique de par lui-même, ainsi que son enfance nous le révèle. Il est hystérique de par hérédité ou mieux de par sa famille. La vérole a donné le branle-bas aux troubles nerveux. »

On ne peut s'empêcher de trouver bien complexe la pathogénie de l'hystérie alcoolique : au premier rang figure l'*hérédité*; elle est signalée sept fois sur quinze. Quoi d'étonnant? M. Féré (4) n'a-t-il pas montré que l'al-

(1) Consulter : Brissaud : *Des paralysies toxiques.* (Thèse d'agrégation, 1886.) — Lancereaux : *Leçons sur les paralysies toxiques.* (*Union médicale,* 1885.) — Œttinger : *Des paralysies alcooliques.* (Thèse de Paris, 1885.) — Magnan : *De l'alcoolisme.* (1874, p. 215 et suivantes.)

(2) Achard : *Bulletin médical*, 1887.

(3) Potain : *Gazette des hôpitaux,* 14 avril et 28 avril 1887.

(4) Féré : *Note sur les alcoolisables* (Soc. méd. des hôp., 1885, p. 293.)

---

ces mots : « ... L'amour, l'enfantement, l'allaitement, l'éducation, voilà l'existence de la femme, voilà sa mission autrement grande, noble et indispensable que celle d'un docteur empêché, d'un avocat à tout faire, ou d'un politicien sentimental... »

Après avoir ainsi préparé le terrain, l'auteur aborde la partie la plus délicate de son livre : *Ce qu'elle doit être.*

N'est-il pas vrai que, si nous portons nos regards autour de nous, dans ce qu'on appelle la nature, et surtout dans les agglomérations qui constituent la société, nous sommes invinciblement conduits à reconnaître que la première mission de la femme, c'est d'être mère? Telle est la pensée de l'auteur, et l'on doit lui savoir gré de tout le soin qu'il a mis à traiter les questions nombreuses qui se rattachent à ce point de vue : le mode le plus utile et le plus noble de remplir cette mission, qui est, il le démontre, le mariage monogame; la responsabilité du père; la recherche de la paternité; la question des enfants naturels, etc. Il défend d'ailleurs avec éloquence la dignité et la liberté de la femme, les droits de l'épouse, etc. A ce sujet, il cite des anecdotes, qui sont saisissantes, et qui éclairent vivement les erreurs de notre législation. Toutefois, à propos de la liberté, il me semble qu'en un point du reste très restreint, il abuse sensiblement de ce mot, et qu'il ne l'applique pas correctement aux prostituées. La liberté pour le bien doit être absolue, sans réserves ni limites, sans entraves administratives. Mais la liberté pour le mal n'est plus la liberté, car elle n'est pas le respect de la liberté d'autrui. La fille publique exerce un métier; la société n'a-t-elle pas le droit de la surveiller, comme elle surveille le pharmacien, bien autrement respectable,

coolisme s'observe surtout chez les *alcoolisables?* L'hérédité prépare le terrain à l'alcoolisme; ce dernier, à son tour, crée des conditions favorables à l'éclosion de l'hystérie.

Le *traumatisme* intervient-il pour une part? On peut se le demander dans 4 de nos observations où sont signalées des brûlures (obs. I), une fracture du tibia (obs. II), une fracture de cuisse (obs. III et obs. V).

La *syphilis* est signalée deux fois (obs. III, VII).

La *scrofule* et les antécédents tuberculeux sont loin d'être rares chez les hystéro-alcooliques.

La conclusion qui s'impose à nous après cette énumération est que l'hystérie alcoolique n'est pas créée d'emblée par l'alcoolisme, elle est, au moins souvent, un aboutissant de tares multiples, de conditions dépressives et débilitantes variées, héréditaires ou acquises.

Au point de vue pathogénique, l'hystérie alcoolique paraît donc moins simple, *moins pure* que les hystéries mercurielle ou saturnine.

Est-ce à dire que jamais l'hystérie alcoolique ne naîtra spontanément chez un sujet indemne de toute tare et de toute prédisposition héréditaire? Je n'oserais pas aller aussi loin, sinon pour l'alcoolisme, au moins pour l'absinthisme.

On connaît les belles expériences de M. Magnan sur l'épilepsie absinthique. D'après ce savant médecin, chez l'homme, l'absinthisme produirait une variété d'épilepsie symptomatique. Avec la notion nouvelle des hystéries toxiques, n'y aurait-il pas lieu de reviser ces faits qui pourraient bien rentrer dans le cadre de l'hystérie. Il semble, en effet, que, si l'alcoolisme paraît plutôt provoquer l'hystérie chez un sujet prédisposé, l'absinthisme peut à lui seul, comme le traumatisme (1), le mercure, le plomb, créer d'emblée une variété d'hystérie.

(1) Debove: *Hystérie traumatique.* (Soc. méd. des hôpitaux, 1887, 14 octobre.) — Féréol: Soc. méd. des hôp. (*Passim.*)

---

dans l'officine duquel des visites sévères sont faites périodiquement, comme le marchand de vin, dont on défonce les barriques pour répandre dans le ruisseau le liquide qu'elles contiennent, lorsque ce liquide peut être nuisible, l'industriel dont les produits répandent dans l'atmosphère des émanations dangereuses pour la santé publique et qu'elle éloigne des centres populeux, etc.? Notre confrère pense-t-il que la liberté est compromise par ces mesures quelquefois rigoureuses, mais protectrices? La réglementation de la prostitution est mal conçue et encore plus mal appliquée; je l'accorde. Il faut la rectifier et non la détruire. M. Fournier, juge si compétent dans la matière, a lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 25 octobre 1887, un *document* qui ne laisse aucun doute sur la nécessité d'une prophylaxie publique de la syphilis.

Nous venons de voir que la femme doit être avant tout et par dessus tout, mère. Là est le fond, la base de la question féminine, le point de départ de la vraie position de la femme dans la société humaine. En effet, dit notre auteur : « L'organisme marque avec précision les devoirs de chaque sexe dans la vie sociale, car on ne peut demander à personne des services dont les lois naturelles entravent l'accomplissement. Les fonctions physiologiques imposent les fonctions sociologiques et séparent nettement les devoirs et les droits. » Et plus loin : « La spécialisation des fonctions est une loi naturelle, qui s'impose en sociologie comme en physiologie pour arriver à la progression. » On ne peut pas dire plus clairement et plus solidement, que l'homme et la femme, abstraction faite de toute idée de supériorité ou d'infériorité intellectuelle, ne peuvent point, ne doivent point avoir complètement le même rôle dans l'humanité. De

D'après Magnan et Laborde, « M. Lancereaux (1) a rapporté quatre cas dans lesquels des buveurs d'absinthe avaient présenté des accidents hystériformes plutôt qu'épileptiformes ». Cette remarque vient à l'appui de l'opinion que nous avançons.

Peut-être certaines liqueurs imprimeraient-elles à l'hystérie toxique une forme particulière : au premier rang, l'absinthe, qui donne lieu à des attaques épileptiformes ou hystéro-épileptiformes, puis le furfurol (2), l'aldéhyde salicylique (3), le salicylate de méthyle (4), qui, chez l'animal, produisent des attaques épileptiques et qui pourraient avoir, chez l'homme, une action semblable à celle de l'absinthe. Ainsi se trouverait élargi, mais précisé, le domaine de l'hystérie absintho-alcoolique.

Conclusions. — La notion des hystéries toxiques, dont le mérite appartient tout entier à M. Debove, permet déjà de grouper et d'éclairer des faits dont la pathogénie restait obscure.

Dès aujourd'hui, les hystéries saturnine, mercurielle, alcoolique sont établies sur des faits en nombre suffisant et des preuves qui paraissent irréfragables.

Faut-il, à côté des intoxications, faire une place, dans l'histoire des hystéries secondaires ou symptomatiques, à des phénomènes hystériformes nés dans le cours de certaines *auto-intoxications?* Je crois qu'il est permis de se demander si certains faits de *paralysies urémiques* ne seraient pas justiciables de cette interprétation. Peut-être faut-il, à l'aide de cette notion des hystéries toxiques, reviser ces faits publiés sous le titre d'accidents urémiques? Cela me paraît vrai pour l'observation de MM. Chantemesse

(1) Lancereaux cité par : Laborde et Magnan : *De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels.* (*Revue d'hygiène,* 20 août 1887, p. 644.)

(2) *Ibid.,* p. 633, et Lépine. (Soc. de biologie, 1878, 2 juillet.)

(3) *Ibid.,* p. 645.

(4) *Ibid.,* . 648.

---

là, la nécessité pour la femme d'une instruction appropriée à sa nature, dans un double but : il faut qu'elle ait la capacité nécessaire pour élever ses enfants, aussi « toute l'éducation de la femme doit avoir pour objectif la famille et surtout l'enfant ». Il faut, en outre, qu'elle se montre l'égale de l'homme et prouve ainsi qu'elle a bien réellement les mêmes droits que lui à tous les avantages sociaux; car « ... la supériorité a appartenu et appartiendra de plus en plus aux nations chez lesquelles la femme a le rang le plus élevé. La mère fait la race... Les nations qui s'arrêteront dans leur marche ascensionnelle... seront celles où la femme abaissée ne pourra produire que des hommes inférieurs ». Il est donc de toute importance que la femme — d'une manière générale, bien entendu — puisse se consacrer le plus entièrement possible à ses devoirs d'épouse et de mère; et que nos institutions sociales soient revisées dans ce sens.

Pour terminer la présente analyse de ce livre substantiel que tous les hommes instruits et surtout nos législateurs doivent lire attentivement, je prendrai parmi ses conclusions la citation suivante, qui le résume assez bien : « La femme est le moule de l'avenir. Elever son rang social, lui garantir l'exercice de ses droits, lui donner une éducation complète et appropriée à ses fonctions humaines, la mettre, par le mariage, en situation de remplir ses devoirs sociaux et la protéger dans leur accomplissement, ce n'est pas faire seulement œuvre de justice, c'est aussi travailler à la prospérité nationale, en même temps qu'à l'élévation et au bonheur de l'individu. C'est, en un mot, favoriser et presser l'évolution indéfiniment progressive de l'espèce humaine. »

Dr G. Richelot père.

et Tenneson (1), où il s'agit d'une blanchisseuse de 31 ans qui présente, en même temps que l'hémiplégie, de l'hémianesthésie et des névralgies fugaces. Les autres observations contenues dans les mémoires de MM. Raymond (2), Chantemesse et Tenneson sont relatives à des sujets âgés, et même très âgés (63, 74, 77, 85 ans). Est-ce là une raison absolue pour rejeter l'hystérie? Je ne le crois pas. Les faits que j'ai pu observer dans les services de mes maîtres, MM. Gingeot (3) et A. Robin, me font penser que l'*hystérie sénile* n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. Mais ce qui nous a paru remarquable, c'est que, dans cinq de leurs observations, l'hémianesthésie est signalée, cette hémianesthésie qui, suivant MM. Debove, Charcot et Achard, est si souvent le stigmate de l'hystérie (4).

Et les autopsies ne rendent pas compte des symptômes observés pendant la vie (5).

Si l'hypothèse que nous formulons est exacte, il y aurait lieu, pour les accidents nerveux de l'urémie, de faire une distinction parallèle à celle qui a été bien établie par MM. Potain (6), Charcot (7), Letulle (8) pour le saturnisme. A côté de l'encéphalopathie saturnine, il faut aujourd'hui ranger l'hystérie saturnine; à côté de l'encéphalopathie urémique, n'y aurait-il pas *une hystérie urémique?*

Il faudrait, au même point de vue, reviser les *accidents nerveux du diabète* (9). L'hémianesthésie est rare dans les faits publiés. Mais les paralysies passagères et mobiles, les apoplexies, etc., survenues dans le cours du diabète pourraient en partie relever de l'hystérie. C'est une question à réserver.

Nous avons seulement voulu faire voir quel parti l'on peut, dès aujourd'hui, tirer de cette notion des hystéries toxiques dont l'histoire toute récente semble devoir s'enrichir presque chaque jour d'un chapitre nouveau.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de clinique médicale faites a l'hôpital de la Pitié (1886-1887), par S. Jaccoud. — Paris. Delahaye et Lecrosnier (1888).

Quatre années se sont écoulées depuis que M. Jaccoud a pris possession de sa chaire

(1) Chantemesse et Tenneson : *De l'hémiplégie et de l'épilepsie partielle urémiques.* (*Rev. de médecine*, n° 11, 1885.)

(2) Raymond : *Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez les vieillards, leurs rapports probables avec l'urémie.* (*Rev. de médecine*, n° 9, 1885.)

(3) Voir Ferd. Dreyfous : *De l'exagération du réflexe rotulien chez les glycosuriques.* (*Rev. de médecine*, n° 12, 1886.)

(4) Il est curieux de retrouver, dans le remarquable mémoire de Raymond (page 723), cette discussion qui vient bien à l'appui de notre thèse : « Faut-il voir une simple coïncidence entre une lésion rénale et un trouble nerveux dont on renonce alors à définir la nature? Ce n'est pas une solution, car ce serait dire qu'il peut y avoir des hémiplégies sans substratum anatomique, ce qui n'est vrai que *dans le cas d'hystérie*. Or, l'hystérie existe chez le vieillard; mais, etc. » Il nous semble que les notions actuelles sur l'hystérie fruste et les hystéries toxiques permettent de discuter encore bien plus sérieusement l'hypothèse de l'hystérie dans deux observations de M. Raymond.

(5) Dreyfus Brisac : *Des accidents cérébraux localisés dans les affections rénales.* (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 7 octobre 1887.)

(6) Potain, *loc. cit.*

(7) Charcot, *loc. cit.*

(8) Letulle, *loc. cit.*

(9) Voir Ferdinand Dreyfous : Thèse pour le concours d'agrégation, 1883.

de clinique, et chacune d'elles a été marquée par l'apparition d'un volume. Il a passé ainsi en revue la plus grande partie de la pathologie, non plus, comme dans son *Traité classique*, en faisant la description dogmatique des maladies, mais en étudiant les types cliniques individuels et en les comparant aux types abstraits, ce qui est « l'essence même de la clinique médicale ». Est-il besoin de dire que l'on retrouve, dans ce dernier volume, les grandes qualités de style, particulièrement la clarté, la force de démonstration et souvent aussi l'éloquence qui appartiennent à l'auteur? Nous préférons insister sur l'originalité des vues qui sont exposées dans ces leçons.

Déjà, dans les premiers volumes, M. Jaccoud a fait connaître plusieurs types cliniques non distingués avant lui; nous citerons la *forme sudorale de la fièvre typhoïde*, la *broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique*, le *rhumatisme des vertèbres cervicales* et l'*atrophie nerveuse progressive*, qui mériterait d'être appelée *maladie de Jaccoud;* il a apporté des notions nouvelles relativement à la *fièvre de la scarlatine*, à l'*intoxication palustre*, à la *disposition cloisonnée de l'épanchement pleurétique*, au *faux pneumothorax*, à l'*abcès sous-néphrétique*, aux *maladies cardio-aortiques*, à la *médiastinite antérieure*, à l'*acholie*, au *mal de Bright* et au *diabète*.

Dans un autre ordre d'idées, se trouvant en présence des grands problèmes que soulèvent actuellement les découvertes bactériologiques, il est entré résolument dans le mouvement, et il a pratiqué, avec le concours de M. Netter, toute une série de recherches personnelles qui ont donné dès à présent d'importants résultats. C'est ainsi que, dans plusieurs cas d'oreillons bénins, il a trouvé dans le sang le microbe décrit dans les oreillons graves par MM. Capitan et Charrin; qu'il a utilisé pour le diagnostic la présence dans l'urine de bacilles tuberculeux; qu'il a exposé la pathogénie microbienne des accidents à distance et de l'infection générale produites par la blennorrhagie; qu'il a reconnu trois formes de micro-organismes dans l'endocardite infectieuse; s'*élevant des faits particuliers aux lois générales*, il a établi qu'il y a deux classes de microbes pathogènes, les *pathogènes spécifiques*, qui engendrent toujours une même maladie, et les *pathogènes indifférents*, dont les effets varient suivant les conditions de l'organisme, si bien que plusieurs maladies répondent à chacun d'eux. En discutant ainsi le rôle des microbes dans l'étiologie et la pathogénie, il a montré qu'il faut maintenir l'existence de maladies, et particulièrement de pneumonies *a frigore;* qu'à côté des infections *extrinsèques*, il s'en fait d'*intrinsèques* dues à l'affaiblissement de la résistance opposée normalement par l'organisme aux microbes qu'il porte en lui; que l'organisme est capable de modifier les microbes au point de les réduire à l'inertie, et que cette *capacité modificatrice de l'organisme est le moyen de la guérison dans les maladies infectieuses;* enfin, à propos d'un cas d'érysipèle atténué, il a fait connaître l'interprétation légitime de l'immunité symptomatique que confèrent à un sujet les attaques réitérées de cette maladie. On peut voir que l'on s'est singulièrement trompé en faisant de M. Jaccoud un adversaire des microbes; ce qu'il a combattu, ce sont « les théories anti-médicales qui tendent à supprimer le malade au profit du microbe; qui veulent réduire l'étiologie à la pénétration du microbe du dehors dans l'organisme; qui veulent restreindre le diagnostic et le pronostic à la constatation et à l'appréciation des microbes; qui veulent borner la thérapeutique aux indications tirées des microbes; qui, pour tout dire en un mot, prétendent transformer la médecine humaine en médecine microbienne ». Repoussant les théories, M. Jaccoud s'incline devant les faits, « il les étudie et les interprète avec le triple secours de la pathologie générale, de la clinique et du laboratoire », certain que, par l'accumulation même des faits ainsi étudiés, la vérité se fera jour telle qu'il l'enseigne, dans le sens « d'une étroite et parfaite conciliation entre la médecine traditionnelle et les découvertes contemporaines ».

On reconnaît dans le volume qui vient de paraître l'application de ces principes. Comme types cliniques, sinon nouveaux, du moins peu connus et incomplètement étudiés, on y trouve la *granulose suffocante*, la *tuberculose pneumonique* et la *pneumonie à reprises*; une leçon démontre que l'*endocardite et le péricardite peuvent se développer à la suite d'une pneumonie par le mécanisme de l'infection intrinsèque*; des faits probants mettent en évidence la réalité si souvent contestée de la *phthisie ab hémoptoë;* les *microbes des fièvres typhoïdes anomales* et de la *malaria* sont étudiés; enfin des leçons sont

consacrées au *coup de chaleur*, au *pneumothorax pneumatique*, à la *compression de la veine cave supérieure*, aux *cancers de l'abdomen*, à la *goutte saturnine* et au *coma diabétique*. Ce livre, réuni aux précédents, forme le complément nécessaire du *Traité de pathologie interne* de M. Jaccoud; on peut dire aujourd'hui que, considérée dans son ensemble, l'œuvre représente l'expression la plus complète, la plus neuve et la plus magistrale de notre science contemporaine, en même temps qu'une somme considérable de travaux personnels d'une réelle et puissante originalité. — H. HALLOPEAU.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 novembre.

Emploi de l'essence de tanaisie comme moyen préventif de la rage vraie. — M. PEYRAUD (de Libourne) rappelle que, dans de précédentes communications, il a d'abord fait connaître les effets biologiques de l'essence de tanaisie dont l'injection dans les veines d'un animal donne à celui-ci des accès de simili-rage, puis signalé l'action préventive de l'hydrate de chloral contre cette simili-rage ou rage tanacétique, et même contre la vraie rage. Il apporte aujourd'hui des expériences nouvelles, encore peu nombreuses, il est vrai, à l'appui de cette opinion.

De ces expériences, il résulte que, si l'on soumet à l'empoisonnement rabique des animaux auxquels on a fait au préalable, pendant six à huit jours, des injections d'essence de tanaisie, ces animaux ne deviennent pas enragés. Les expériences faites par l'auteur datent déjà de huit mois, et les animaux ainsi traités sont indemnes.

Deux animaux témoins, inoculés avec le virus rabique, sans avoir reçu d'injections d'essence de tanaisie, sont morts tous deux de rage vraie.

M. Peyraud espère donc arriver peut-être à empêcher, par ce médicament, le développement de la rage chez les sujets mordus par des chiens enragés.

Reproduction des tracés sphygmographiques. — M. LOUP (de Marseille), recueillant les tracés sphygmographiques sur des plaques de zinc où elles sont ensuite gravées, au lieu de les recueillir comme on le fait d'ordinaire sur des feuilles de papier, peut en tirer autant d'épreuves qu'il le désire.

Du prétendu rôle protecteur du foie dans l'empoisonnement par la strychnine. — MM. CHOUPPE et PINET se sont proposé de contrôler les résultats obtenus par Heger, Schiff, Jacques, Lautenbach et Roger, relativement au rôle du foie comme destructeur des alcaloïdes végétaux. MM. Chouppe et Pinet ont précisé avec rigueur la dose nécessaire pour amener la mort en injectant une solution de strychnine dans le système veineux général.

Ils ont vu ensuite que, si l'injection est faite dans une artère éloignée de façon que la strychnine ait à parcourir une assez grande partie de l'arbre circulatoire, notamment des réseaux capillaires, l'intoxication est retardée.

Lorsque l'injection est faite dans la veine porte, le poison, ayant à traverser les capillaires de cet organe, produit, contrairement à ce qu'on a dit, l'intoxication dans le même laps de temps et à la même dose que dans le cas d'injection dans une artère éloignée.

Les auteurs concluent que le foie n'a pas une action spéciale sur la strychnine qui le traverse; il en retarde, puis en ralentit l'absorption sans en modifier la composition, sans en changer les effets toxiques. Son influence est due simplement à la diffusion de l'alcaloïde dans une grande masse de sang, comme le pensait Vulpian.

MM. Chouppe et Pinet croient donc que les expérimentateurs précités qui se sont servis le plus souvent de la nicotine n'ont pas le droit de conclure que les alcaloïdes végétaux en général sont détruits ou modifiés par le foie; celui-ci n'agit pas autrement que les autres réseaux capillaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses. — Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies. — Pied-bot varus équin congénital ; tarsectomie. — Traitement de l'ongle incarné. — Autoplastie par la méthode italienne modifiée. — Sonde pour injections intra-utérines.

M. Horteloup fait savoir que l'administration de l'Assistance publique, étant sur le point de construire des pavillons d'isolement pour les malades atteints d'affections contagieuses, serait heureuse d'avoir l'avis de la Société sur la disposition et l'aménagement de ces pavillons. Il propose de nommer une commission qui présenterait les observations de la Société.

La commission nommée se compose de MM. Terrier, Lucas-Championnière et Bouilly, rapporteur.

— M. Trélat prend la parole à propos de la discussion sur la cure radicale des hernies. Il tient à bien affirmer son opinion sur certains points en litige.

Au point de vue des indications de la cure radicale, il avoue que ses opinions ont considérablement varié suivant les époques qu'il a traversées. C'est ainsi qu'il y a quelques années, il conseillait de ne pas opérer les hernies adhérentes ; il mettait les malades au repos, aux bains, etc., et s'efforçait d'obtenir la réduction à la longue. Aujourd'hui, il est partisan, et partisan sans réserve, de la cure radicale dans cette espèce de hernie.

Pour ce qui est de la gravité de la hernie congénitale, il professe une opinion opposée à celle de M. Berger. Il croit cette hernie très dangereuse; c'est, comme le disait Malgaigne, « une hernie à canal ouvert », et de plus, c'est une hernie à étranglement rapide.

Depuis longtemps, il a regardé comme un axiome que « toute hernie devenue irréductible doit être incontinent réintégrée dans l'abdomen ». C'est un axiome comparable qu'il formule aujourd'hui relativement à la cure radicale, et qu'il considère comme une règle absolue de sa pratique : « *Toute hernie, quelle qu'elle soit, congénitale ou non, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale.* » Et il estime que cette cure radicale est beaucoup plus riche de bienfaits en servant à prévenir des hernies menaçantes ou compliquées, qu'en guérissant des hernies simples et non compliquées.

Pour en venir à l'opinion émise par M. Berger, il est d'avis qu'on ne doit pas soumettre à la cure radicale un enfant porteur d'une hernie congénitale. A quelle époque faudrait-il l'opérer? Après la naissance, il n'y a pas de raison pour le faire, puisque l'enfant peut guérir spontanément. Plus tard? Mais sa hernie rentre facilement et n'est pas visée dans la formule énoncée plus haut. Il faudra donc attendre que quelque accident se produise, ou que, malgré un bon bandage, la hernie ait une tendance continuelle à se montrer au dehors.

Arrivant à l'opération elle-même, M. Trélat est convaincu que le procédé de M. Lucas-Championnière est excellent, mais il faut savoir l'appliquer avec grand soin. Ce qu'il faut, avant tout, c'est disséquer un sac mince ; si l'on entre dans les couches adventices, on ne peut plus remonter vers les parties supérieures du sac. Or, cette dissection poussée jusqu'en haut est le seul moyen d'opposer un obstacle sérieux et durable à l'impulsion des anses intestinales. Cependant, il peut arriver qu'il y ait de fortes adhérences entre le sac et le paquet vasculo-nerveux du testicule; dans ce cas, on est autorisé à faire le capitonnage.

A propos des chiffres fournis par M. Berger, M. Trélat trouve sa statistique de guérison par le bandage peut-être exagérée; mais surtout il constate que la cure radicale donne vraiment une mortalité bien faible, 1 à 1 1/2 p. 100. Aussi déclare-t-il que cette opération, entourée de si peu de dangers et produisant de tels résultats, est une opération véritablement admirable.

M. Berger rétablit quelques-uns des chiffres fournis par lui à la dernière séance, et

tient à bien mettre en lumière que si, pour la cure radicale, la mortalité atteint 1 à 1 1/2 p. 100, la mortalité à laquelle exposent les hernies en général est encore inférieure.

M. Lucas-Championnière ne peut laisser passer la communication de M. Berger sans y répondre, car les partisans de la cure radicale y sont violemment attaqués; il tient à défendre leur cause. Tout d'abord, l'opinion de M. Berger sur la guérison par les bandages lui paraît fort exagérée. Pour lui, les résultats sont de beaucoup moins favorables. Il a vu deux cas de guérison chez des petites filles, deux autres chez des garçons de 12 à 16 ans. De telles guérisons ne sont pas contestables, mais il croit qu'on a exagéré leur nombre.

M. Berger préfère le bandage comme moyen curatif de la hernie; mais la cure radicale est assurément plus simple, et même moins dangereuse que le bandage. Le malade l'accepte sans difficultés. Le bandage que l'on porte après l'opération est peu gênant et très bien toléré. Pourrait-on en dire autant du bandage herniaire proprement dit, si difficile et si ennuyeux à porter? On a cherché à prouver par des chiffres que l'intervention n'était pas sans danger. Mais ces chiffres eux-mêmes ne signifient absolument rien, car on les a mal interprétés. Les statistiques portent sur des cas qui n'ont rien de comparable entre eux; ils sont accumulés au hasard et n'offrent pas d'authenticité; peut-on fonder une opinion quelconque sur des chiffres qui remontent à l'administration de M. Husson? Nous savons tous comment la statistique était alors établie.

M. Lucas-Championnière maintient donc toutes ses conclusions antérieures. Il va même plus loin; partant de ce principe que la cure radicale ne présente pas d'accidents par elle-même, il accorde volontiers l'opération à un malade dont la hernie ne donne lieu à aucune complication, mais qui demande la cure radicale. Son bandage l'exaspère, souvent même il est la cause d'accidents d'étranglement. Et il l'accorde d'autant plus volontiers qu'avec une antisepsie rigoureuse on est absolument soustrait, non seulement aux accidents graves, mais encore aux accidents légers, tels que phlegmons ou abcès. Les enfants eux-mêmes doivent être opérés, surtout lorsque le bandage contient mal la hernie, et M. Lucas-Championnière est convaincu qu'on obtiendra ainsi de très beaux résultats, la cicatrice devenant plus solide au fur et à mesure que l'enfant se développe.

— M. Polaillon fait un rapport sur une observation transmise par M. Duret et ayant pour titre : *Pied-bot varus équin congénital, tarsectomie.* Il s'agit d'un pied-bot équin congénital double avec paralysie des péroniers. La marche était très pénible, les jambes atrophiées. M. Duret opéra les deux pied-bots à quarante jours d'intervalle en pratiquant la résection cunéiforme du tarse.

M. Polaillon pense que l'opérateur s'est un peu trop pressé d'intervenir. Il est, en effet, admis que la tarsectomie est surtout indiquée chez l'adulte. Chez l'enfant, le redressement lent au moyen d'appareils orthopédiques est certainement préférable et réussit le plus souvent. Le seul avantage que pourrait présenter la tarsectomie dans ces conditions, serait de redresser le pied-bot d'une façon extemporanée, et encore le résultat est-il inférieur au point de vue de la solidité.

M. Berger fait, sur les observations présentées par M. Polaillon, quelques réserves sur lesquelles il se propose de revenir ultérieurement.

— M. Polaillon dépose sur le bureau de la Société un travail de M. Chassinat (d'Hyères) sur la *cure de l'ongle incarné.*

— M. Berger présente deux malades sur lesquels il a pratiqué l'antoplastie pour des déformations cicatricelles considérables, au moyen de lambeaux de peau pris sur le thorax ou sur les membres.

Le premier de ces malades est un homme qui, par suite d'une bride cicatricielle du membre supérieur, présentait une flexion permanente de l'avant-bras sur le bras. Des lambeaux de peau pris sur le thorax et appliqués sur la surface cicatricielle avivée, ont permis de faire disparaître l'impotence fonctionnelle du membre. Ces lambeaux furent

laissés adhérents à leur pédicule pendant quinze à dix-neuf jours. Quatre opérations successives furent nécessaires; la guérison complète demanda un an.

La seconde malade est une femme présentant une rétraction considérable du pouce à la suite d'une brûlure; impotence fonctionnelle absolue. Un lambeau cutané est pris sous le sein, laissé adhérent dix-sept jours à son pédicule et sectionné. La guérison est actuellement parfaite.

M. Terrier a vu ce procédé employé par le docteur Bull, de New-York. Il a surtout été frappé par un cas d'autoplastie dans lequel la peau du thorax étant sectionnée et disséquée suivant deux lignes verticales et parallèles, le malade introduisait la main à réparer dans cette poche artificielle.

M. Le Fort est plutôt séduit par les résultats obtenus par M. Berger; car, dans le cas que M. Terrier vient de citer, il voit quelques inconvénients à ce que la peau de la main reste en contact pendant un temps plus ou moins long avec une surface cruentée. Il y a là un élément permanent d'infection.

M. Terrier a vu également ce procédé employé pour la guérison des ulcères de jambes.

— M. Segond présente une *nouvelle sonde pour pratiquer les injections intra-utérines*.

— La séance est levée à cinq heures un quart. — E. V.

FORMULAIRE

Pommade contre la blépharite. — Parinaud.

Précipité rouge	0 gr. 20 centigr.
Sous-acétate de plomb cristallisé	0 gr. 10 —
Vaseline...	10 grammes.

F. s. a. une pommade, conseillée contre la blépharite rebelle. — On nettoie bien les paupières avec de l'eau chaude, ou mieux encore avec une solution tiède de sous-carbonate de soude au centième, puis, avec le doigt, on étale chaque jour, sur le bord libre de la paupière, une petite quantité de la pommade ci-dessus. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le professeur Schrötter, de retour de San Remo, où il avait été appelé auprès du Kronprinz, vient de reprendre son cours à Vienne, au milieu d'une ovation enthousiaste des étudiants. Le maître, après avoir dit qu'on honorait en lui la Faculté de Vienne, après avoir invité ses auditeurs à n'avoir d'autre but que celui de cette Faculté, à savoir le soulagement des malades, le maître reprit simplement sa leçon, et entra en matière.

Ajoutons à ce propos que nombre de journaux de médecine allemands et surtout l'*All. Wiener med. Zeitung* déplorent la publicité immense et les controverses médicales passionnées qui encombrent tous les journaux politiques au sujet de l'affection du Kronprinz. Cet amour de se voir imprimé tout vif tous les jours, cette soif de réclame quotidienne qui envahit les médecins les plus distingués (c'est le professeur Stork qui est visé), est universellement blamée.

« Quel changement depuis quelque temps, s'écrie avec raison le journal viennois ! Un jour, une fort jolie demi-mondaine tombe dans la rue, et la chute est si malheureuse qu'on est obligé de la transporter à la clinique du professeur Dumreicher. Certains accidents se montrent; l'amputation des deux jambes est indiquée. Dumreicher en avait exposé les raisons à ses élèves. La jolie blessée n'était pas indifférente au public et les reporters étaient aux aguets. Les journaux politiques ne tardèrent pas à publier la clinique *in extenso*. Il eût fallut entendre alors en quels termes indignés le savant maître dénonça, en plein amphithéâtre, l'indélicatesse d'un de ses auditeurs; il n'eut pas de

termes assez durs pour qualifier sa conduite et alla jusqu'à lui offrir de lui payer sa copie pour qu'il n'allât plus déshonorer la Faculté devant le grand public.

Il y a bien longtemps de cela, ajoute notre confrère autrichien, il y a dix ans ! »

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du docteur J. H. de Görmoc, ancien doyen de la Faculté de médecine de Hongrie; est mort également le docteur Mering, professeur de pathologie spéciale à Kiew. — Ch. S.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 16 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1885.

Médaille d'or. — M. le docteur Philbert, médecin inspecteur des eaux de Brides.

Rappels de médaille d'or. — MM. le docteur Tillot, médecin inspecteur des eaux de Luxeuil ; Lacour, pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire d'Oran.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Cazaux, médecin consultant aux Eaux-Bonnes ; Challan de Belval, médecin principal de l'armée aux eaux de Bourbonne ; Cros, médecin inspecteur des eaux de Lamalou-le-Bas.

Rappels de médaille d'argent. — MM. les docteurs Laissus, médecin inspecteur des eaux de Salins ; Blanc, médecin inspecteur des eaux d'Aix ; Bouyer, médecin inspecteur des eaux de Cauterêts ; Gubian, médecin inspecteur des eaux de la Motte-les-Bains ; Grimaud, médecin inspecteur des eaux de Barèges.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Fargues, médecin consultant aux eaux de Cauterets ; Mignot, médecin consultant aux eaux de Pougues ; Deligny, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Deuxième année : premier prix, M. Cornebois ; deuxième prix, M. Bouderba ; — troisième année : premier prix, M. Cassel ; deuxième prix, M. Grosclaude.

Pharmacie. — Première année : prix, M. Doassans ; mention, M. Gilard.

Travaux pratiques. — Anatomie : deuxième année : prix, M. Cornebois ; mention, M. Gage ; — troisième année : prix, M. Marini ; mention, M. Casset. — Chimie (médecine) : prix, M. Vérité ; mention, M. Lowitz. — Chimie (pharmacie) : première année : prix, M. Bouvery ; mention, M. Doassans ; — deuxième année : prix, M. Richou ; mention, M. Jules Marty ; — troisième année : prix, M. Mercier. — Histoire naturelle (médecine) : première année : premier prix, M. Cros ; deuxième prix, M. Aune ; — mention, M. Raynaud. — Histoire naturelle (pharmacie) : deuxième année : prix. M. Jules Marty ; — troisième année : prix, M. Dumain. — Matière médicale (pharmacie) : deuxième année ; prix, M. Jules Marty ; — troisième année : prix, M. Liautard ; mention, M. Jaubert.

Elèves sages-femmes. — Première année : prix, Mlle Roussel ; — deuxième année : prix, Mlle Seuranne ; mentions honorables, Mlles Palmier et Baylac.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Durand (d'Alger), Fournier (de Reims), Guillabert (de Toulon), Marchand (de Reims) et Trollier (d'Alger).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôtel-Dieu. — M. le professeur PANAS.

OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Recueillie par M. le docteur VALUDE, chef de clinique.

Pathogénie des lésions cornéennes chez les granuleux. — Traitement des granulations.

Je ne saurais mieux inaugurer le cours de clinique de cette année qu'en vous entretenant d'une affection aussi commune que redoutable, les granulations palpébrales. Mais, avant d'en venir au point que je veux développer plus spécialement, quelques mots préalables sur la maladie granuleuse elle-même. Cette affection, qui sévit de préférence dans certains pays, en Belgique, en France, en Egypte surtout, jouit donc d'une spécificité non douteuse, spécificité qu'on rapporte depuis quelque temps à la présence d'un microbe pathogène particulier. Ce point, la clinique l'avait depuis longtemps établi, en attribuant à la maladie granuleuse les caractères essentiels d'être endémique en certaines régions, épidémique et surtout contagieuse. L'élément seul de la contagion restait inconnu et la science n'était pas fixée sur ce point de savoir s'il s'agissait là d'un contage ou d'un micro-organisme.

Les lésions anatomiques qui constituent la *granulation* occupent (et ce point est intéressant à connaître à cause des déductions qui vont s'ensuivre) la couche spéciale de cellules lymphatiques qui se trouve comprise entre l'épithélium conjonctival et le tissu dermique propre à cette muqueuse. La granulation, c'est l'hypertrophie partielle de cette couche lymphoïde, et non pas, ainsi qu'on le croyait autrefois, l'hypertrophie des papilles de la conjonctive; la raison péremptoire de cela est que la conjonctive prise en bloc est dépourvue de papilles.

Cliniquement, la maladie granuleuse se présente sous deux types assez tranchés pour avoir mérité, dans la nosologie, deux noms différents : la conjonctivite granuleuse et la conjonctivite folliculaire. La lésion est la même, mais l'aspect en est dissemblable, et les différences qui séparent ces deux formes morbides doivent être connues. La conjonctivite *folliculaire* reste souvent inaperçue à l'état latent; elle occupe de préférence les culs-de-sac, et surtout le cul-de-sac inférieur; enfin, la réaction inflammatoire de cette variété de conjonctivite est moins accusée que dans sa congénère. La *conjonctivite granuleuse,* en effet, envahit l'œil beaucoup plus vivement; elle occupe non seulement les culs-de-sac comme précédemment, mais encore la face postérieure des cartilages tarses; enfin, son siège prédominant est la paupière supérieure.

Telle est donc, esquissée à grands traits, la maladie granuleuse de la conjonctive. Les granulations peuvent entraîner à leur suite des complications, des désordres oculaires variables, et que nous allons étudier; mais ce qui frappe tout d'abord, c'est ce fait que, dès que sont produites ces

complications, elles deviennent primordiales. Les lésions cornéennes, dès leur naissance, prennent aussitôt la plus grande importance, et, à l'égard du pronostic, les altérations initiales, les granulations de la conjonctive n'occupent plus qu'un rang relativement secondaire.

Ces complications cornéennes des granulations sont donc très importantes à connaître dans leur évolution. Les lésions de la cornée commencent par un état terne, dépoli de l'épithélium qui en revêt la surface antérieure; puis surviennent des phlyctènes, qui se transforment bientôt en ulcérations de plus en plus profondes et peuvent aboutir à la perforation de la cornée. Les suites des perforations sont redoutables; telles sont : des enclavements iriens, des fistules persistantes avec atrophie bulbaire consécutive, pouvant aboutir à la péri-ophthalmie immédiate ou tardive et au glaucome.

Cette série lamentable d'accidents, qui peuvent à la vérité ne pas se succéder les uns aux autres jusqu'au dernier, reconnaît deux causes différentes et qui agissent par des processus absolument distincts. Il y a d'abord les granulations qui agissent par un effet direct de leur présence sur la surface antérieure de la cornée; comme cause seconde, il faut compter l'entropion et le trichiasis dus au *trachome*. Le trachome est l'état cicatriciel auquel arrivent la conjonctive et le cartilage tarse altérés par d'anciennes granulations rétractées; sous l'effort de cette rétraction cicatricielle, la paupière se recroqueville et s'enroule; son bord libre se recourbe en dedans et les cils viennent porter sur la cornée et déterminer l'inflammation et l'ulcération de son tissu par le frottement dont ils sont la cause. De là toute la suite des accidents.

Les granulations et leurs suites ne sont pas, comme on l'a pu croire, de connaissance récente, et elles ne datent point de l'expédition d'Egypte; il est facile, en effet, d'en retrouver la description fidèle dans les premiers auteurs dont les écrits sont parvenus jusqu'à nous. Galien, Paul d'Egine, Celse, et surtout Aëtius, parlent de l'aspect dur (τραχος) que revêt la conjonctive palpébrale en certaines circonstances; d'autre part, ils dépeignent nettement les granulations qu'ils appelaient *figues* (σύκα), employant ainsi comme image les graines du fruit qui se trouvait le plus en abondance autour d'eux. Et quel était le traitement auquel s'étaient arrêtés ces premiers observateurs? Le même identiquement que celui qui est encore aujourd'hui en honneur, et nous les voyons pratiquer le curage, le grattage des granulations et exécuter des cautérisations au *sel de cuivre*.

Ces considérations générales établies, revenons au but principal de cette leçon, à la *relation qui existe entre les granulations et les lésions de la cornée*.

L'opinion générale sur ce point est très simple : il est admis que le lit de granulations conjonctivales exerce sur la cornée une action purement mécanique capable d'entraîner à sa suite l'ulcération et toutes ses conséquences. Conclusions : le seul effort du traitement doit tendre à supprimer dans la granulation ce qui peut blesser la cornée; il faut polir la surface granuleuse, la rendre unie.

Nous espérons démontrer que rien n'est plus erroné que cette proposition univoque, que rien n'est plus insuffisant que le traitement qui en est la résultante.

En effet, si la kératite était due à l'effet purement mécanique des granulations, on devrait observer une correspondance exacte entre la gravité des lésions de la cornée et celle des lésions de la conjonctive. A de fortes gra-

nulations répondraient des ulcérations cornéennes graves et inversement. Or, il n'en est rien.

On voit souvent, et les six malades que je vous ai présentés tout à l'heure vous en ont fourni la preuve, des granulations très anciennes, invétérées, coïncider avec une cornée à peu près intacte; tandis qu'il est des malades qui sont en proie à des complications cornéennes ulcéreuses des plus graves, alors que la conjonctivite granuleuse n'est qu'à son début, ou qu'il n'existe qu'à peine quelques granulations dans les culs-de-sac.

La contradiction est donc flagrante, et il faut chercher ailleurs que dans l'action purement mécanique des granulations la cause du développement des lésions cornéennes.

Cette cause véritable, nous la trouvons dans le terrain, dans l'état constitutionnel du malade chez lequel évolue la maladie. En effet, les granuleux sont, dans la proportion de 90 ou 95 p. 100, des sujets scrofuleux ou atteints de déchéance physiologique. Chez ces malades, le lymphatisme est dominant, et toutes les affections qui les atteignent sont empreintes de ce cachet spécial; n'est-ce pas encore du lymphatisme que cette lésion granuleuse qui se localise dans le stratum lymphoïde sous-épithélial de la conjonctive?

Chez les sujets ainsi prédisposés, la lésion initiale de la cornée est une altération épithéliale superficielle qui relève évidemment du facteur mécanique, et, à son tour, cette exfoliation dispose la cornée aux manifestations scrofuleuses propres à son tissu.

Nous n'allons pas jusqu'à dire cependant que, des granulations en elles-mêmes, il ne faut tenir nul compte; car il est bien évident que ce sont elles qui font le mal en réalité. Elles sèment la graine fatale, mais dans un terrain qui doit être préparé.

Ces idées que nous venons d'émettre, par suite d'une expérience clinique déjà longue, trouvent un nouvel appui dans un récent travail de Raehlmann, et les six malades que nous venons de faire passer sous vos yeux ne font que les confirmer exactement. Tous ont la peau terreuse des dyscrasiques; leur denture est avariée et rappelle la forme des dents attribuée par Hutchinson à la syphilis héréditaire; l'un d'eux même présente tous les caractères du rachitisme infantile type. Tous ces malades, enfin, ainsi que cela est la règle, appartiennent aux classes pauvres de la société, au monde où règnent la scrofule, le dépérissement organique et la déchéance physiologique à tous ses degrés. (*A suivre.*)

Service de santé militaire: son recrutement et son organisation,

Par le docteur P. Bouloumié (1).

I

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

Je comptais étudier ici l'organisation actuelle du service de santé militaire. Le décret réorganisant l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, paru le 26 novembre au *Journal officiel*, m'engage à commencer aujourd'hui cette étude.

---

(1) Nous sommes heureux de voir que l'examen de ces questions d'organisation du corps de santé militaire se poursuit sans exciter des passions que nous n'avons jamais eu l'intention de provoquer. L'opinion exprimée par M. Bouloumié dans son précédent article sur les modifications à apporter dans les jurys de concours du Val-de-Grâce, fort analogue à celles que nous avons lues dans la *Gazette hebdomadaire* sous la plume de

Depuis la guerre de 1870-1871, l'Ecole du service de santé instituée près la Faculté de Strasbourg ayant été supprimée par le fait de l'annexion, et n'ayant pas été reconstituée, le recrutement des médecins s'est effectué de diverses manières. En général, les futurs médecins militaires sont entrés dans le corps comme *élèves du service de santé militaire*, après concours entre étudiants pourvus déjà de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions. Ils ont poursuivi leurs études dans les Facultés ou les Ecoles de plein exercice, n'étant soumis qu'à une surveillance sommaire des médecins chefs des hôpitaux militaires et n'étant astreints que dans certaines villes au service d'externe ou d'interne (suivant le degré d'avancement de leurs études) dans les hôpitaux militaires. Toute latitude leur a été laissée pour passer leurs examens de doctorat devant telle ou telle Faculté.

Ils ont eu l'avantage de la gratuité des inscriptions et examens laissés à la charge de l'Etat, et durant les deux dernières années d'études, ils ont touché une subvention de 1,200 francs. Ils ont, par contre, pris l'engagement d'honneur de servir pendant dix ans dans les rangs de l'armée à dater du jour de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe. Ceux qui, en cours d'études, ont échoué deux fois au même examen, ont été licenciés.

Reçus docteurs, ils ont subi un examen d'entrée au Val-de-Grâce, qui n'a guère été qu'un examen de classement, et pendant une année scolaire, ils y ont suivi des cours d'anatomie, de chirurgie, de clinique analogues à ceux professés dans les Facultés, et, de plus, des cours spéciaux tels que : blessures de guerre; médecine légale et hygiène militaires; épidémiologie; administration.

Le décret qui vient de paraître montre que la direction du service de santé considère, ainsi que je le faisais moi-même dans mon dernier article, l'Ecole du Val-de-Grâce non comme une Faculté, mais comme une Ecole militaire d'application et de perfectionnement, dans laquelle les jeunes docteurs destinés à devenir des médecins d'armée doivent recevoir une instruction technique spéciale et faire leur éducation militaire. C'est ainsi que nous ne voyons figurer au nouveau programme de l'enseignement, parmi les cours qui sont faits dans toutes les Facultés ou Ecoles de plein exercice, que ceux portant sur des sujets qui doivent être, de la part du médecin militaire, l'objet d'études spéciales, l'anatomie topographique et la médecine opératoire, par exemple, tandis que nous y trouvons des cours sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé militaire, l'administration et la législation militaires, des cours d'épidémiologie militaire, d'hygiène militaire, de chirurgie d'armée, etc., toutes choses qu'on n'enseigne pas dans les Facultés.

L'enseignement porte sur les sujets suivants :

Maladies et épidémies des armées. — L'enseignement très spécial et très instructif de l'épidémiologie a eu pour fondateur, au Val-de-Grâce, le professeur L. Laveran; il a été brillamment continué par un maître aussi savant que sympathique, le professeur L. Colin, dont la chaire est aujourd'hui très dignement occupée par le professeur Kelsch. Il est inutile d'insister sur l'utilité de cet enseignement, son titre l'indique suffisamment.

Hygiène et médecine légale militaires. — Le grand hygiéniste Michel Lévy, qui a illustré le Val-de-Grâce, s'est particulièrement préoccupé de cette partie essentielle de l'instruction du médecin militaire, et la chaire d'hygiène et de médecine légale a été occupée successivement par le professeur Champouillon (qui s'est surtout attaché à l'étude des maladies simulées), par le professeur Villemin qui ne l'occupa que pendant très peu de temps, et par le professeur E. Vallin, le savant hygiéniste, rédacteur en chef de la *Revue d'hygiène et de police sanitaires*. Elle l'est aujourd'hui par le professeur A. Laveran, dont les nombreux travaux, et surtout ceux qu'il a publiés sur les micro-organismes dans le sang des paludéens, établissent la haute valeur.

Dans l'organisation nouvelle, au professeur d'hygiène et de médecine légale est ad-

M. Lereboullet, et dans l'*Avenir militaire* sous une plume anonyme, enfin le décret de réorganisation dont il est question aujourd'hui, tout nous montre qu'il y a des réformes à faire, et que ces réformes peuvent être faites sans inquiéter aucune situation ni blesser aucun amour-propre légitime. (L.-G. R.)

joint, en outre de son agrégé, l'agrégé de la chaire de chimie pour le seconder particulièrement dans les études chimiques et bactériologiques, ainsi que dans les opérations d'analyses, et son enseignement sera sans doute suivi par les pharmaciens stagiaires comme par les médecins.

Ces deux chaires d'épidémiologie et d'hygiène ont aujourd'hui d'autant plus d'importance que des médecins de grade assez élevé pour faire entendre leur voix se trouvent auprès du commandement divisionnaire et de corps d'armée, et que c'est à eux qu'incombe le soin de prendre ou de provoquer les mesures d'hygiène jugées par eux nécessaires en garnison et surtout en campagne.

Chirurgie d'armée; blessures de guerre. — Le cours de chirurgie d'armée comprend l'étude de l'armement actuel et des blessures spéciales à chaque arme, les opérations d'urgence, les moyens de traitement et pansements spéciaux à employer suivant toutes les circonstances de la vie militaire.

Il a été professé jusqu'à présent par les professeurs de clinique chirurgicale, qui ont été successivement MM. Legouest, Gaujot, Servier et Delorme, tous désignés pour ce double enseignement par une habileté chirurgicale à la hauteur de leur valeur scientifique.

Anatomie chirurgicale, opérations et appareils. — Cet enseignement comprend l'anatomie topographique, la médecine opératoire et les pansements et appareils. Antérieurement au décret actuel, il y avait une chaire spéciale d'anatomie et une de médecine opératoire. La première a eu pour titulaires MM. les professeurs Mounier, Mathieu et Poncet; la seconde : Lustreman; le professeur Perrin, le savant ophthalmologiste, actuellement directeur de l'Ecole; Spillmann, décédé récemment directeur du service de santé à Alger, et M. Chauvel, qui l'occupe encore aujourd'hui avec une très réelle autorité.

La chaire spéciale d'anatomie a été supprimée par le décret, sans doute parce qu'on a pensé que l'Ecole, n'ayant à sa disposition qu'un nombre limité de sujets, il était plus utile de les faire servir aux exercices d'anatomie topographique et de médecine opératoire qu'à des exercices et des démonstrations d'anatomie descriptive. On a d'ailleurs dû penser, en agissant ainsi, que tous les médecins militaires étant nécessaires pour assurer le service régimentaire dès leur sortie du Val-de-Grâce, il fallait développer le plus possible chez eux l'instruction pratique. Ce qui permet d'espérer, du reste, que les travaux d'amphithéâtre, anatomie chirurgicale et exercices opératoires, ne seront pas négligés malgré la suppression de la chaire d'anatomie descriptive, c'est que nous voyons deux agrégés au lieu d'un attachés à la chaire d'anatomie chirurgicale, opérations et appareils. A vrai dire, si la pratique des dissections est utile pendant longtemps encore après la sortie des écoles, un cours d'anatomie descriptive dans une Ecole d'application, n'a sa raison d'être qu'autant que les élèves sont supposés avoir été privés de sujets au cours de leurs études, ce qui n'est guère admissible, aujourd'hui qu'ils ne sont pas tous concentrés dans une Faculté où la présence d'un nombre parfois considérable d'étudiants non militaires pouvait causer une pénurie relative de cadavres.

Cette transformation est la conséquence logique de l'esprit général du décret du 22 novembre qui, par le titre même qu'il rend à l'Ecole du Val-de-Grâce, en fait spécialement une Ecole militaire d'application.

Législation, administration et service de santé. — Cet enseignement a pris aujourd'hui une importance corrélative à la situation faite à la médecine militaire par la loi de 1882, qui a donné aux médecins, avec leur autonomie, la charge de l'administration de leur corps et des services qui en dépendent. Il comprend, par conséquent, en outre de ce qui faisait l'objet du cours de législation et administration militaires, successivement professé avec un grand talent par MM. les intendants Vigo-Roussillon et Delapérière, le service de santé, son fonctionnement et sa direction, qui comportent des détails de législation et de réglementation très importants, très complexes, et une sorte d'apprentissage de tenue de livres et registres, qu'il serait fort heureux de pouvoir simplifier ou faire tenir par un comptable sous la surveillance et la direction des médecins chefs de service; les soins de la tenue de ces cahiers et registres absorbent véritablement aujourd'hui une trop grande partie du temps des chefs de service, surtout dans les régiments. Depuis

1882, c'est surtout au professeur agrégé Richard qu'est échu cet enseignement auquel il s'est voué, on peut le dire, avec autant de succès qu'à celui de l'hygiène militaire.

Il est à supposer, quoiqu'il n'en soit pas parlé dans le décret, que l'étude des formations sanitaires (hôpitaux de campagnes, ambulances, trains sanitaires, etc.), auxquelles le professeur agrégé A. Robert a consacré récemment un très important travail, sera rattachée à cet enseignement.

Chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie. — Le programme comporte un cours de chimie destiné plus encore aux stagiaires pharmaciens qu'aux stagiaires médecins. Le cours de chimie fait pour les médecins est surtout un cours pratique, portant sur les procédés d'analyses, sur les recherches toxicologiques et autres. C'est un cours théorique et pratique qui est fait pour les pharmaciens.

Je dirai en passant qu'il semble que les pharmaciens doivent devenir de moins en moins nombreux dans l'armée. Vu le faible effectif de notre corps de santé militaire, que des nécessités budgétaires empêchent sans doute d'augmenter, il y a une proportion vraiment trop élevée de ceux-ci dans ses cadres; tandis que dans l'armée allemande il y a 1,777 médecins et 23 pharmaciens, il y a dans l'armée française 185 pharmaciens pour 1,300 médecins. C'est qu'en Allemagne on considère avec raison que le pharmacien militaire peut être le plus souvent remplacé par le pharmacien civil, tandis qu'il n'en est pas de même du médecin militaire marchant avec l'armée. Tout, dans une armée devant être organisé en vue de la guerre, il est évident que les sommes affectées à un service doivent être attribuées de préférence au corps qui est le plus indispensable et dont les fonctions sont le plus difficile à faire remplir par des auxiliaires.

Dans le décret de réorganisation de l'enseignement du Val-de-Grâce, nous ne voyons pas figurer les cours de clinique. Les stagiaires sont répartis dans les divers services, où ils suivent les visites médicales et chirurgicales alternativement et sont initiés à la pratique hospitalière militaire : visite et contre-visite, tenue des cahiers, établissement et délivrance des certificats, des congés, examens spéciaux à l'ophthalmoscope, au laryngoscope, etc.; découverte des maladies simulées et dissimulées, etc. Les stagiaires devront cependant être réunis pour entendre une leçon clinique, toutes les fois qu'un cas intéressant, particulièrement au point de vue de la médecine militaire, se présentera dans l'un quelconque des services, ou qu'une opération de quelque importance devra être pratiquée.

Il est à souhaiter dès lors, et je peux d'autant mieux formuler ici ce désidératum que je l'ai souvent exprimé lorsque j'étais moi-même stagiaire au Val-de-Grâce, que, lorsqu'il ne doit pas y avoir de réunion clinique, les visites soient finies assez tôt pour que les stagiaires disponibles puissent aller suivre les leçons professées dans les hôpitaux civils ou assister aux opérations qui s'y pratiquent, car on ne saurait trop réclamer pour eux l'instruction clinique puisée aux meilleures sources.

On ne peut laisser disparaître la chaire de clinique médicale du Val-de-Grâce, sans rappeler que, depuis l'organisation de 1852, elle a eu pour titulaires Godelier et le professeur Villemin, dont le nom déjà célèbre restera à jamais attaché à la découverte de la contagiosité de la tuberculose.

Le décret porte que le sous-directeur, en même temps médecin en chef du Val-de-Grâce, sera dorénavant directeur des études, fonction nouvelle créée sans doute par analogie avec ce qui existe dans d'autres écoles militaires. Il sera par cela même privé de la chaire qui, jusqu'à présent, lui était réservée. Cette mesure, qui a l'avantage de déterminer les attributions importantes et multiples du titulaire et de lui donner une situation supérieure à celle de ses anciens collègues, présente par contre actuellement l'inconvénient, dont personne ne méconnaîtra l'importance, de priver l'Ecole de l'enseignement de M. le professeur Poncet, qui est justement l'un des plus appréciés des maîtres du Val-de-Grâce.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Les injections sous-cutanées d'antipyrine dans les affections douloureuses. — L'*Union médicale* a publié, il y a quelques semaines, le résultat des recherches du

professeur Germain Sée sur l'action de l'antipyrine. Nous trouvons dans la *Deutsch med. Wochenschrift* du 11 octobre un article du docteur Fraenkel (de Breslau), confirmant de point en point les conclusions du professeur français.

En voici le résumé :

« Dans le but de rechercher la valeur des injections sous-cutanées d'antipyrine comme succédané des injections de morphine dans les affections douloureuses, je n'ai perdu aucune occasion d'employer le médicament vanté par G. Sée, et je *n'ai pas rencontré un cas où cette thérapeutique soit restée sans effet.*

Ma première malade fut une jeune fille de 22 ans atteinte d'un rhumatisme subaigu avec localisation dans le pied droit, peau tendue et douloureuse, mouvements actifs et passifs impossibles. Depuis quatorze jours, tout traitement interne (salicylate de soude, iodure de potassium, salol, etc.) restait impuissant. J'injectai alors au niveau du point présentant la plus grande douleur au toucher 50 centig, d'antipyrine, et je fus étonné de constater que la douleur, qui ne laissait à la malade ni repos ni trêve, avait complètement disparu. Aucune sensibilité à la pression, la marche était possible; sommeil et appétit revinrent. Dans la journée, un peu de sensibilité reparut; elle fut promptement calmée par une nouvelle injection.

Deux autres rhumatisants (affection aiguë de l'épaule et un cas chronique du genou) furent de même promptement guéris.

La dose que recommande G. Sée est de 0,50 centig. en solution à 50 p. 100, je crois que 25 centig. de la solution produisent un effet suffisant. Cette pratique a, de plus. cet avantage qu'elle permet de faire à différentes places trois et quatre injections sans crainte d'intoxication.

L'étendue de la région insensibilisée par une injection serait circonscrite par une circonférence d'à peu près 7 centimètres de diamètre. Plus la surface douloureuse sera grande, plus le nombre des injections nécessaires sera, on le comprend, considérable, et plus les injections seront voisines, plus l'effet obtenu sera grand.

J'ai fait la remarque que 25 centig. d'antipyrine correspondaient, comme effet, à 2 centig. de morphine au moins, que l'action du médicament commence quinze à vingt secondes à peine après l'injection et qu'elle a une durée analgésiante de six à huit heures. Chez mes malades, la douleur qui revenait se montrait beaucoup plus faible, souvent elle ne réapparaissait plus.

Il est bon d'ajouter que l'antipyrine peut aussi rendre, en facilitant les explorations, des services diagnostiques analogues à ceux du chloroforme.

Dans les névralgies, les mêmes injections réussissent à merveille; l'auteur cite plusieurs observations de névralgies intercostacles, orbitaires, guéries après deux ou trois jours de traitement; les sciatiques cèdent aussi, mais beaucoup moins rapidement. Il en fut de même pour les pleurodynies, lumbagos, rhumatismes musculaires traités par le docteur Fraenckel, douleurs causées par les otites, douleurs abdominales dues aux affections utérines; dans tous les cas, les injections se sont montrées fort avantageuses. Bref, le docteur Fraenckel conclut ainsi :

J'ai la plus profonde conviction que les injections sous-cutanées d'antipyrine vont restreindre l'emploi de la morphine, rendre de grands services aux médecins et amener chez un grand nombre de malades une guérison plus prompte et plus sûre. Aucun effet tardif, aucune réaction, aucune gêne ne sont à redouter après ces injections, la piqûre elle-même n'est pas douloureuse! » — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, de la part de M. le docteur Cersoy, de Langres (Haute-Marne), un travail manuscrit relatif à deux observations de contagion de la fièvre typhoïde par l'eau contaminée.

M. de Villiers dépose sur le bureau un rapport sur 34 mémoires adressés à la commission d'hygiène de l'enfance, pour le concours du prix annuel, et appelle particulièrement l'attention sur les travaux qui ont eu pour but de faire connaître les résultats de l'application de la loi Roussel.

M. Guyon offre en hommage le discours qu'il a prononcé, en l'honneur de Velpeau, à la cérémonie d'inauguration du monument élevé à Tours à la mémoire de Bretonneau, Trousseau et Velpeau.

Sur la découverte des glandes bulbo-uréthrales, par Jean Méry. — M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine, fait une communication pour démontrer que la priorité de la découverte de ces glandes, attribuée par les uns à Méry, et par les autres à l'anatomiste anglais William Cowper, doit revenir sans conteste à notre compatriote.

Ceux qui ont tranché la question en faveur de Cowper s'appuyaient surtout sur ce fait, que Méry semble n'avoir accordé que peu d'importance à sa découverte; grâce à des documents inédits extraits des procès-verbaux manuscrits de l'Académie des sciences, M. Petit démontre que Méry a décrit de nouveau et à plusieurs reprises ces glandes chez divers animaux (gazelle mâle, chamois, etc.), avant la publication du mémoire de Cowper. D'ailleurs, cette description se trouve dans le *Journal des savants* de 1684, quinze ans avant celle de Cowper, et cette publication, d'après les règles qui régissent la priorité, suffit pour assurer cette priorité à Méry.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un titulaire dans la section d'anatomie et physiologie.

Classement des candidats : Première ligne, M. François Franck; deuxième ligne, M. Gréant; troisième ligne, M. P. Regnard; quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Hénocque, Rémy, Régnier.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38, M. Franck obtient 61 voix (élu); M. Gréhant, 8; M. Regnard, 2; M. Rémy, 1; bulletins blancs, 2.

— M. Léon Le Fort donne lecture du rapport sur le concours pour le prix de l'Académie pour l'année 1887.

Le sujet du prix était le suivant : « De l'hystérectomie vaginale, de ses indications et contre-indications, de ses procédés opératoires.

Trois mémoires ont été adressés pour ce concours.

M. le rapporteur examine successivement les indications de l'hystérectomie totale et celles de l'hystérectomie partielle dans les cas de cancer de l'utérus.

Il admet la première dans les cas où la malade se présente de bonne heure au chirurgien, où l'épithéliome est très limité, où l'on peut espérer par une opération enlever la totalité du mal. La mortalité opératoire est élevée, mais elle n'est pas excessive; elle diminuera avec les progrès de l'art, et sa proportionnalité s'abaissera lorsqu'on limitera son action aux cas qui peuvent à bon droit laisser espérer un succès. Dans ces conditions, l'opération pourra procurer aux malades un bénéfice de beaucoup supérieur aux dangers immédiats qu'elle leur fait courir.

Dans les cancers encore limités au col, faut-il préférer l'hystérectomie totale à l'hystérectomie partielle? M. Le Fort croit pouvoir se prononcer pour l'affirmative. Certainement, à son avis, l'hystérectomie totale fait courir plus de risques immédiats à la vie de la malade, mais l'expérience, lorsqu'il s'agit d'un cancer, quel que soit son siège, montre que la première condition pour éviter la récidive est d'enlever aussi sûrement que possible la totalité des tissus dégénérés.

Après avoir indiqué les diverses autres maladies dans lesquelles l'hystérectomie a été conseillée ou pratiquée, M. le rapporteur termine en proposant d'accorder le prix à l'auteur du mémoire inscrit sous le n° 3 et portant pour épigraphe : *Ad extremos morbos summæ curationes, quoad rectitudinem sunt optimæ.*

M. Verneuil demande la parole non pas pour combattre les conclusions du rapport de M. Léon Le Fort, mais simplement pour faire des réserves en faveur de l'hystérectomie partielle.

La statistique des cas opérés par M. Verneuil jusqu'à ce jour lui donne une moyenne de survie de vingt-deux mois; en outre, une de ses malades opérées avec le concours de M. Siredey est vivante et bien portante depuis cinq ans; enfin, une autre malade est encore vivante et en bonne santé après sept ans.

Or, tous ces cas étaient bien des cas de cancer, M. Verneuil croit pouvoir l'affirmer, malgré les difficultés extrêmes qui présente le diagnostic dans certains cas de cancer.

Le manuel opératoire adopté par M. Verneuil consiste dans l'emploi exclusif de l'écraseur de Chassaignac, mais avec une modification du procédé de ce chirurgien, c'est-à-dire en divisant le col en deux moitiés qui sont enlevées successivement. L'opération est tellement simple qu'elle peut se pratiquer sur le vivant comme à l'amphithéâtre et qu'elle est accessible à tous les chirurgiens. Elle réunit d'ailleurs trois qualités essentielles : la bénignité, la facilité et l'efficacité.

M. Trélat adopte complètement les conclusions du rapport de M. Léon Le Fort, conclusions qui sont absolument d'accord avec les résultats de sa pratique personnelle.

Il objecte à l'opération partielle préconisée par M. Verneuil de laisser toujours l'opérateur indécis sur la question si importante de savoir si les limites du mal ont été dépassées; de telle sorte que l'on opère ainsi, en quelque sorte, au petit bonheur. Comment se fait-il que M. Verneuil, partisan convaincu des larges ablations quand il s'agit du cancer du sein, préfère l'extirpation partielle quand il s'agit du cancer de l'utérus?

M. Léon Labbé déclare qu'il est souvent fort difficile de prendre une décision entre l'ablation partielle et l'ablation totale. Dans sa pratique personnelle, il a obtenu, par les deux modes, des résultats variés. Un cas des plus remarquables est celui d'une ablation d'épithélioma faite depuis quatorze ans sans récidive. M. Léon Labbé a définitivement adopté l'opération de Schrœder, qui tient le milieu entre l'ablation partielle et l'extirpation totale, et qui a l'avantage de ne pas ouvrir le péritoine.

— M. Hayem donne lecture du rapport sur les épidémies observées en France pendant l'année 1887.

— M. Hervieux, au nom de M. Blot, directeur de la vaccine, lit un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France pendant l'année 1887.

Les conclusions de ces rapports seront lues en comité secret.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 novembre 1887.

Sommaire : *Contribution à l'étude clinique de l'artério-sclérose du cœur. — Tuberculisation parenchymateuse de la langue. — Pavillons d'isolement dans les hôpitaux. — L'amputation peut-elle être autorisée pour remédier à une contracture hystéro-traumatique ?*

M. Huchard rappelle que, dans de précédentes communications, il a admis trois variétés anatomo-pathologiques d'artério-sclérose du cœur : la sclérose dystrophique ou ischémique, principalement étudiée par M. H. Martin, qui ne ressortit pas à un processus inflammatoire; la myocardite scléreuse hypertrophique, étudiée par MM. Rigal et Juhel-Rénoy, véritable inflammation interstitielle périvasculaire, et une sclérose mixte par endo-périartérite.

L'étude complète de ces diverses lésions et les formes cliniques correspondantes ont été l'objet d'une thèse récente soutenue par un interne distingué de l'hôpital Bichat, M. Weber. M. Huchard, qui a inspiré ce travail, insiste dans la communication actuelle sur l'évolution des cardiopathies artérielles et les formes cliniques qu'elles revêtent.

L'évolution peut être divisée en trois phases : une période préartérielle, une période artérielle confirmée (dans ces deux phases, le phénomène prédominant est l'augmentation de la tension artérielle; la médication qui convient est la médication iodurée); dans la troisième période, qu'on peut appeler mitro-artérielle, la tension vasculaire diminue, le cœur fléchit, le malade a besoin des toniques du cœur.

Les types cliniques principaux sont le type pulmonaire qui comprend une forme dyspnéique et une forme congestive, le type douloureux où se trouvent toutes les nuances depuis un simple point douloureux épigastrique jusqu'aux attaques les plus sévères d'angor pectoris, le type arythmique, le type tachycardique, le type asystolique.

M. Huchard termine par quelques considérations sur la part que peut prendre l'aortite qui accompagne fréquemment l'artério-sclérose du cœur dans la genèse de quelques-uns des symptômes.

Au cours de sa communication, M. Huchard dit que nombre de faits cliniques considérés par M. Dieulafoy comme des cas de brightisme sans albuminurie trouvent une explication suffisante dans l'artério-sclérose.

— M. Barth présente un malade qu'il croit atteint de tuberculisation parenchymateuse de la langue, forme très exceptionnelle. Cet homme porte les signes d'une tuberculose pulmonaire au second degré. Il éprouve, depuis plusieurs mois, de violentes douleurs dans la langue; on constate, dans cet organe, des nodosités sur la nature desquelles le diagnostic a été quelque temps hésitant. M. Danlos, qui avait été consulté, inclinait à les considérer comme des gommes syphilitiques. Bien que le malade niât tout antécédent syphilitique, le traitement spécifique fut institué pendant un mois, mais sans aucun bénéfice pour le malade, qui, même, sentit ses douleurs augmenter.

M. Berger, récemment consulté, admet la nature tuberculeuse des lésions et est décidé à en pratiquer l'excision.

Les crachats contiennent des bacilles de Koch en abondance; mais on n'en a pas trouvé dans le produit du râclage de la langue.

Les lésions qui existent actuellement consistent : 1° en deux tubercules de la grosseur d'une noisette sur la partie externe gauche; l'un de ces tubercules est exulcéré, depuis l'évacuation de son contenu caséeux; 2° en plusieurs groupes de petites granulations sous-épithéliales situées dans la muqueuse de la face inférieure; les unes paraissent passer à l'état scléreux, d'autres disparaître par usure moléculaire; 3° enfin dans l'épaisseur de l'organe plusieurs autres tuméfactions assez volumineuses et dures.

On pourrait appeler ces nodosités des gommes tuberculeuses de la langue.

— M. Millard lit une lettre par laquelle le directeur de l'Assistance publique rappelle à la Société une décision prise par le conseil municipal, conformément à un rapport du docteur Chautemps et relativement à la nécessité d'organiser d'une façon plus rigoureuse l'isolement des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. Les plans et devis sont faits; mais, avant de passer à l'exécution, le directeur général désire savoir s'ils reçoivent l'approbation de la Société. La question est renvoyée à l'étude d'une commission composée du comité d'hygiène et des médecins des trois hôpitaux d'enfants.

— M. Debove présente un malade dont l'histoire est très connue depuis qu'elle a fait le sujet d'une clinique de M. Charcot. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une fracture de l'avant-bras, a été pris d'une contracture hystéro-traumatique qui dure depuis deux ans. Il existe une atrophie très accentuée des muscles interosseux, une impotence absolue du membre, si bien que le malade, qui est soigné par M. Debove, réclame avec insistance qu'on lui fasse l'amputation pour lui permettre de gagner sa vie. Les chirurgiens consultés se déclarent prêts à opérer si le médecin décide qu'il y a indication. M. Debove a d'abord été absolument opposé à l'idée de cette opération radicale, en songeant surtout que le traumatisme opératoire pourrait éveiller d'autres accidents hystéro-traumatiques, d'autres contractures qui enlèveraient tout le bénéfice de l'opération. Mais en présence des instances du malade, il croit de son devoir de demander l'avis de la Société.

Quand le malade a été examiné, M. Joffroy prend la parole. Après s'être enquis de l'état des réactions électriques des muscles atrophiés et avoir appris de M. Debove qu'elles sont demeurées normales, il se déclare formellement opposé à l'amputation; car la guérison spontanée peut survenir presque subitement dans un temps plus ou moins éloigné. On voit à la Salpêtrière une femme qui a guéri en quelques jours

d'une contracture hystérique ayant duré quatorze ans. Il insiste en outre sur l'argument déjà mis en avant par M. Debove, la possibilité de contractures nouvelles consécutivement à l'opération.

Les membres de la Société se rangent unanimement à l'opinion de MM. Joffroy et Debove. — P. L. G.

FORMULAIRE

Baume antiodontalgique

Extrait alcoolique sec d'opium..................	ââ 0 gr. 50 centigr.
Camphre pulvérisé........	
Baume du Pérou..............................	
Mastic..	1 gramme.
Chloroforme..................................	10 grammes.

F. s. a une solution, dont on imprègne une boulette de coton, et que l'on introduit dans la cavité de la dent douloureuse. Ce pansement produit un calme rapide. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La lumière électrique comme éclairage, d'après M. A. Andrews de New-York. — C'est à tort qu'on accuse la lumière électrique, telle qu'elle est installée aujourd'hui comme éclairage, d'être la cause de certaines affections oculaires. Il résulterait, au contraire des études de l'auteur, qu'à ce point de vue, elle est beaucoup supérieure au gaz, au pétrole, etc. D'abord, elle donne le maximum de lumière avec le minimum de chaleur ; sa couleur (pâle-bleu) se rapproche le plus de celle de la lumière solaire et l'analyse au spectroscope démontre que les rayons violets, qui sont bien supportés par la rétine humaine, prédominent dans une notable proportion dans le spectre de la lumière électrique. La pratique confirme d'ailleurs la théorie ; l'auteur a observé et interrogé plus de 1000 ouvriers travaillant, plusieurs heures de la nuit, à la lumière électrique, et n'a jamais noté la moindre irritation du côté des yeux ; il a été surpris, au contraire, d'apprendre qu'un grand nombre de sujets atteints d'un haut degré de myopie compliquée d'altérations choroïdiennes, se félicitaient de l'état de leurs yeux, depuis qu'on avait inauguré ce genre d'éclairage à leurs ateliers. (*Ann. d'ocul.*)

COURRIER

Par arrêté préfectoral, en date du 22 novembre 1887, M. le docteur Pelletan est nommé météorologiste-adjoint à l'Observatoire météorologique de Montsouris.

Bourses accordées aux étudiants. — Par arrêté ministériel du 25 novembre, sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1887, boursiers près la Faculté de médecine de Paris, les candidats au doctorat en médecine dont les noms suivent :

Elèves à 8 inscriptions. — Bourse entière MM. Finet, de Bourgon, Jayle. — Demi-bourse : MM. Houry, Simonot, Mayet, Mounier.

Elèves à 12 inscriptions. — Bourse entière MM. Vézès, Chatelot. — Demi-bourse : Nageotte.

Elèves à 16 inscriptions. — Bourse entière : MM. Tissier, Calot, Lérieux. — Demi-bourse : M. Dufour.

— La commission des prix des thèses se réunira le jeudi 1er décembre à trois heures pour la distribution des récompenses.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — Le Conseil municipal de Paris vient

de présenter en vue du remplacement de M. Robinet, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, une liste de candidats composée de MM. les docteurs Chautemps, Levraud et Deschamps.

— Le concours pour la nomination à la place de suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale, à l'Ecole de médecine de Rouen, ouvert à la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Brunon.

— Le concours pour la nomination à la place de suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale et obstétricale, à l'Ecole de médecine de Caen, s'est ouvert à la Faculté de médecine de Paris, le 15 novembre 1887. Le jury se composait de M. Le Fort, président, et de MM. Lannelongue et Ribemont-Dessaignes de la Faculté de Paris, Simon et Bourienne de l'Ecole de médecine de Caen, juges, et de MM. Guyon et Maygrier, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, étaient MM. les docteurs Vigot et Noury.

Les sujets suivants ont été traités : première épreuve (composition écrite) : le creux sus claviculaire ; diagnostic des tumeurs du creux sus-claviculaire. — Deuxième épreuve (leçon de trois-quarts d'heure) : fractures du col du fémur. — Troisième épreuve (médecine opératoire) : amputation du gros orteil et du métatarsien correspondant.

M. le docteur Noury a été nommé professeur suppléant.

— Le conseil municipal de Marseille vient de renouveler le vœu que l'Ecole de médecine de Marseille soit transformée en Faculté et que les Facultés de droit et des lettres soient transférées d'Aix à Marseille.

Incident a la Société médicale des hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux paraissait être, vendredi dernier, au grand complet. Cette affluence un peu inusitée était, sans doute, motivée par le comité secret qui a raccourci sensiblement la séance publique et qui s'est prolongé fort longtemps.

D'après nos renseignements ce comité secret aurait été consacré à la discussion de la situation un peu fausse dans laquelle se trouve un membre de la Société, titulaire d'un service d'hôpital, et, en même temps, médecin consultant dans une station thermale, ce qui l'oblige à une absence de quatre à cinq mois chaque année.

Le bureau de la Société aurait, parait-il, adressé à ce sujet au médecin en question quelques observations à la suite desquelles ce dernier aurait envoyé sa démission de membre de la Société.

Nous croyons savoir que cette démission a été acceptée, avec cette mention au procès-verbal, qu'à l'appréciation de la Société un médecin des hôpitaux ne devait pas se servir de sa situation pour exercer la clientèle dans une ville d'eaux.

Quoi qu'il en soit, une question plus générale se pose à ce sujet, c'est de savoir si les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs des hôpitaux peuvent abandonner chaque année leur service d'hôpital et quitter Paris pendant quatre, cinq ou six mois, alors que les règlements administratifs n'autorisent qu'un congé de deux mois.

Il est fort possible que les médecins du bureau central se réunissent pour discuter cette question spéciale. (*Bull. médical.*)

— Dans la séance de vendredi dernier de la Société médicale des hôpitaux, sur la proposition de M. Millard, délégué de la Société au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, on a désigné tous les membres de la Société, médecins dans des hôpitaux d'enfants et tous les membres de la commission d'hygiène, pour examiner un projet de construction de pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses à l'hôpital Trousseau.

Faisant preuve d'une déférence qui n'a pas toujours été dans les habitudes de ses prédécesseurs, M. le directeur de l'Assistance publique a tenu à avoir, sur les plans et la disposition de la construction projetée, l'avis de la Société des hôpitaux. On ne peut que lui en savoir gré et ce sentiment a été exprimé par le président, M. Féréol.

(*Bull. médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

L'Académie de médecine avait été bien inspirée en proposant comme question de prix : les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Trois mémoires ont traité cette question avec tous les développements qu'elle comporte, et M. le professeur Le Fort, rapporteur de la commission, y a ajouté, dans son rapport, des considérations personnelles qui sont comme une consécration donnée par l'Académie à cette opération.

S'appuyant sur les nombreuses observations et sur les déductions renfermées dans ces mémoires, M. Le Fort a précisé, autrement que ne l'avaient fait les auteurs, les indications de l'hystérectomie vaginale; il a rétréci le champ de ces indications un peu trop large à son gré, surtout en ce qui concerne le cancer; mais c'est déjà beaucoup que l'éminent rapporteur, qui ne passe pas précisément pour atteint du *prurigo secandi*, ait admis que l'hystérectomie était justifiable dans les cas de cancer de l'utérus bien limité à cet organe, dans certains cas de fibrome, de rétroversion, de rétroflexion, de prolapsus et d'inversion. Grâce à cette autorisation presque officielle, les chirurgiens trop prudents, encore timorés, pourront l'aborder dans les cas qui leur paraîtront répondre au moins au programme de M. Le Fort, ou encore, s'ils n'osent la pratiquer, pourront la conseiller à leur malade. La grande difficulté sera toutefois de reconnaître l'étendue du mal en cas de cancer; c'est pourquoi M. Verneuil a défendu à nouveau l'amputation du col lorsque le cancer débute, comme moins dangereuse que l'hystérectomie totale; tandis que MM. Trélat et Labbé ont appuyé les conclusions de M. Le Fort en faveur de cette dernière méthode.

FEUILLETON

Sur la découverte des glandes bulbo-uréthrales, par Jean Méry (1).

La priorité de la découverte de ces glandes a soulevé dans le monde des anatomistes des discussions sans cesse renaissantes sur la question de savoir s'il fallait attribuer cette priorité à notre compatriote Jean Méry ou à l'anatomiste anglais Guillaume Cowper (2), jusqu'au jour où Gubler, dans sa thèse inaugurale (3), défendit si bien les

(1) Extrait des *Œuvres complètes* de Jean Méry, réunies et publiées par le docteur L.-H. Petit, et qui vont paraître prochainement à la librairie Félix Alcan.

(2) Les nouvelles preuves inédites que j'ai trouvées dans les *Registres manuscrits* de l'Académie des sciences (dans les recherches que j'ai pu faire grâce au bienveillant appui de M. le baron Larrey, membre de l'Institut, et de M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel) en faveur des droits de Méry à la priorité de la découverte des glandes bulbo-uréthrales, m'ont engagé à réunir ensemble tous les documents qui constituent ces droits et à insérer ce petit chapitre. — L.-P. Petit.

(3) Ad. Gubler : *Des glandes de Méry* (vulgairement *glandes de Cowper*) *et de leurs maladies chez l'homme*, thèse de doctorat, Paris, 16 août 1847, n° 172.

— Nous publions, en feuilleton, une note sur la découverte des glandes bulbo-uréthrales, d'où il appert qu'avant Cowper notre compatriote Jean Méry avait décrit ces glandes non pas une seule fois, comme on le croyait jusqu'ici, mais plusieurs fois.

— Les moyens les plus simples seraient-ils les meilleurs, dans le traitement de la phthisie pulmonaire?

M. Brown-Sequard vient de communiquer à l'Académie des sciences le résultat d'expériences sur les animaux et d'observations cliniques qui tendent à démontrer que la vie au grand air peut prévenir et même guérir la phthisie; mais que, par contre, l'air confiné exerce une influence absolument dangereuse, aussi bien sur l'apparition de la phthisie que sur ses progrès, chez les malades qui en sont atteints. La conclusion qui s'impose est donc la création de stations multiples permettant aux malades la vie au grand air. C'est le but que poursuit l'*Œuvre de la tuberculose*, pour laquelle il serait utile d'avoir le concours de tout le corps médical.

— Dans sa leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, M. le professeur Le Fort a blâmé, dans des termes très énergiques, l'organisation matérielle de la clinique chirurgicale à Paris. « Sauf l'Espagne, que je ne connais pas, dit-il, j'ai visité, je connais tous les grands hôpitaux, toutes les Ecoles de médecine de l'Europe. Je n'hésite pas à dire bien haut, dans l'espoir d'être enfin entendu, que l'organisation matérielle de l'enseignement chirurgical clinique à Paris, comparé à ce qui existe à l'étranger, est indigne de notre pays, qu'elle est un malheur pour notre Faculté, une cause d'infériorité pour la science française. » Cette organisation défectueuse, M. Le Fort en rejette toute la responsabilité sur l'administration de l'Assistance publique, qui laisse à des commissions composées de personnes non compétentes le soin de préparer et de faire exécuter le plan des salles de clinique et des amphithéâtres d'opérations, sans tenir aucun compte ni des données de la science moderne ni de l'opinion des professeurs.

---

droits de Méry, que le nom de ce dernier, du moins en France, fut donné définitivement à ces glandes.

La cause de toutes ces discussions, du désaccord qui régnait entre les historiens, provenait de ce que la découverte de Méry, annoncée à l'Académie des sciences dans la séance du 31 mai 1684, avait été mentionnée en quelques lignes seulement dans le *Journal des Savants* (1), et que depuis lors Méry n'avait paru attacher aucune importance à ces petits organes. Aussi, lorsque quinze ans plus tard, en 1699, William Cowper annonça dans les *Transactions philosophiques* qu'il avait découvert ces deux glandes (2), les collègues de Méry avaient-ils oublié la communication de 1684, et, après la publication du mémoire de Littré (1700) (3), donna-t-on aux glandes siégeant à la racine de la verge le nom de Cowper.

Cependant, ainsi que l'ont fait remarquer les partisans de Méry, les termes de sa

(1) *Journal des Savants*, 12 juin 1684, p. 129.

(2) Cowper (William) : *Discovery of two glands with excretory ducts in the urethra. In Phil. trans.*, London, édit. abr., vol. IV, p. 445. — *Glandularum quarumdam nuper detectarum descriptio*, London, 1702.

(3) Dans ce mémoire *Sur la description de l'urèthre de l'homme,* Littré donne à ces glandes le nom de *glandes de Cowper* et ne fait aucune mention de Méry. (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1700, p. 311.)

Ces critiques, trop justes, paraissent avoir été entendues en haut lieu, comme le désirait M. Le Fort. En effet, il est en ce moment question de construire des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses à l'hôpital Trousseau. M. le directeur de l'Assistance publique vient de demander à la Société médicale des hôpitaux de donner son avis sur les plans et la disposition de la construction projetée. Espérons maintenant que la bonne volonté de M. Peyron ne sera pas contrebalancée par la routine administrative à laquelle M. le professeur Le Fort attribue la situation « déplorable » de nos cliniques. — L.-H. P.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Panas.

OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Recueillie par M. le docteur Valude, chef de clinique.

Pathogénie des lésions cornéennes chez les granuleux. — Traitement des granulations (1).

La conséquence de cette manière d'envisager la maladie granuleuse et ses complications est importante ; il s'agit de bien définir le traitement de cette affection. A côté des moyens locaux presque exclusivement usités, il conviendra de prescrire un traitement général judicieusement approprié.

Au point de vue des complications surtout, la granulation n'est en somme que l'ennemi le moins important ; le principal adversaire, c'est la constitution défectueuse de l'individu, autrement dit le terrain.

C'est à cet état général que s'adressera le traitement interne sous la forme de reconstituants de toutes sortes ; peut-être même conviendrait-il, en quelques cas, d'employer les remèdes qualifiés de spécifiques contre la tuberculose.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

---

description étaient assez explicites pour qu'aucun doute ne pût subsister sur la nature de ces glandes.

« *M. Méry a découvert dans l'homme*, dit le procès-verbal manuscrit de la séance, *sous la partie virile, deux petites glandes de la grosseur d'un pois. Elles sont placées au-dessous des muscles accélérateurs, et éloignées du corps des prostates d'environ un pouce. Il y a entre elles une distance d'environ deux lignes.* »

Siège, rapports, volume, ces trois caractères se rapportent bien aux glandes bulbo-uréthrales, et cette description, malgré sa concision, suffit pour assurer à Méry la priorité de leur découverte, qui n'a pas dû rester inaperçue, puisque la note précédente a été textuellement reproduite dans le recueil scientifique le plus répandu de l'époque.

Aussi ne s'explique-t-on ni l'opinion de Fontenelle, ni celle de Morgagni au sujet de la dépossession de Méry.

« Un anatomiste de la compagnie, dit Fontenelle, prétend que M. Méry a entrevu la valvule d'Eustachius, connu les glandes de Cowper longtemps avant Cowper lui-même ; mais il faut laisser les découvertes aux noms qui en sont en possession, et quand même ce ne serait que la faveur du sort qui les leur aurait adjugées plutôt qu'à d'autres, il vaut mieux n'en point appeler. » (Eloge de Méry.)

Quant à Morgagni, ayant à se prononcer entre Méry et Cowper, il adopta ce dernier, puisque, dit-il, « Méry semble avoir cédé ses droits, je ne sais pourquoi, en souffrant sans rien dire que Littre les ait ainsi nommées, et les ait fait voir plus d'une fois à l'Académie des sciences sous cette dénomination. »

On administrera les iodures; on essayera le mercure en traitement général et même *local.* Au lieu de caustiques souvent mal dirigés, ne vaudrait-il pas mieux, en effet, employer des substances spécifiques qui s'adresseraient au principe morbide lui-même, virus ou microbe, tel que l'iodoforme et les applications mercurielles?

Cette voie ouverte à la thérapeutique sera, espérons-le, féconde, car les exemples d'impuissance des moyens classiques en matière de traitement des granulations conjonctivales abondent. Tous ceux qui ont soigné des granuleux ont connu des cas rebelles, contre lesquels tout échouait, et tous ont appelé de tous leurs vœux un nouveau mode de traitement susceptible de réussir. Pour réaliser leur vœu, ils devront s'adresser au terrain qu'ils chercheront à stériliser. De cette façon, on empêchera les granulations de se développer et l'on amènera celles qui seront déjà nées à se flétrir et à disparaître sur place, faute d'aliment. Il va sans dire que l'hygiène en tant qu'air, nourriture et propreté, aura la plus grande influence sur la constitution qu'il s'agit de relever; ce qui le prouve, c'est la préservation dont jouissent les classes élevées même dans les pays les plus contaminés par les granulations, tels que l'Egypte.

Mais, si le traitement général doit occuper une place considérable dans la cure des granulations et de leurs complications, il s'en faut que le traitement local doive être négligé. Quelques explications sont nécessaires.

Ce traitement local, en effet, ne peut être uniforme et il est impossible d'en donner la formule univoque; il est dans la maladie plusieurs phases qui réclament des moyens différents.

On peut diviser la maladie granuleuse en deux variétés ou deux périodes : la première période, d'inflammation vive, dans laquelle les granulations sont aiguës; la seconde période, à laquelle appartient l'état subaigu des granulations.

Dans le premier cas, l'inflammation granuleuse va jusqu'à la purulence, et l'œil est atteint d'une véritable ophthalmie souvent très violente. La caractéristique de cet état est qu'il ne survient jamais primitivement, mais

---

Ce déni de justice et les singulières discussions qui ont été soulevées à propos de la dénomination à donner à ces glandes n'eussent certainement pas eu lieu si les écrivains qui y ont pris part avaient eu connaissance de divers documents insérés dans les procès-verbaux manuscrits de l'Académie des sciences et qui établissent nettement que non seulement Méry avait tous les droits à la priorité sur Cowper dans cette question, mais encore qu'il a donné à plusieurs reprises, de 1684 à 1699, la description de ces glandes devant l'Académie.

Les preuves que nous allons présenter sont de deux ordres : les unes, toutes de probabilité, mais de probabilité seulement, parce que les mémoires donnés par Méry n'ont pas été publiés sous son nom; les autres, de certitude, parce que nous avons été assez heureux pour retrouver, dans les procès-verbaux manuscrits, plusieurs mémoires donnés par Méry, et restés inédits.

Preuves de probabilité. — En 1676, parut une *Histoires des animaux* rédigée par Perrault d'après les dissections des divers anatomistes qui s'étaient succédé à l'Académie des sciences depuis sa fondation, et, en dernier lieu, de Du Verney. Dans cette édition sont décrits : 2 lions, 1 caméléon, 1 chameau, 1 ours, 5 gazelles, 1 chat-pard, 1 castor, 2 civettes, 1 élan, 2 coati mundi, 1 chamois, 6 porc-épics, 2 hérissons, 2 sapajous, 1 singe et 1 cerf du Canada. En aucun point de la description de ces animaux, il n'est fait mention de glandes bulbo-uréthrales.

Méry entre à l'Académie des sciences en 1684 comme anatomiste; il dissèque, la même année, un lion, et un autre lion en 1689; en 1685, il dissèque une civette et une autre

qu'il succède toujours à une période caractérisée par du picotement, de l'irritation conjonctivale, état causé par la présence de granulations subaiguës. L'existence de ces signes prémonitoires est même très précieuse au point de vue du diagnostic, car ils servent à distinguer l'ophthalmie granuleuse aiguë de l'ophthalmie purulente blennorrhagique.

A cette période inflammatoire, l'usage des caustiques, ordinairement employés contre les granulations, est absolument contre-indiqué; au contraire les antiphlogistiques seront de mise. On emploiera des lavages antiseptiques, mais non irritants; c'est-à-dire qu'on répudiera les sels de mercure en solution pour adopter l'acide borique à 3, 4 et 5 p. 100 en solution aqueuse mélangée de glycérine. La solution boriquée sera mise en usage sous la forme de douches, d'injections, de pulvérisations ou de lotions simples.

Concurremment, et pour hâter la résolution de l'inflammation, on appliquera en permanence sur les yeux des compresses froides, évaporantes, composées d'un linge fin plié en quelques doubles, laissé à découvert et humecté fréquemment d'un liquide antiseptique glacé.

Malgré ces soins, il arrive que les paupières restent gonflées à l'extrême, que la violence de l'inflammation produit un blépharo-phimosis tel qu'il est impossible de faire ouvrir les yeux aux malades; il y a là une menace immédiate et un danger pressant, et si, au bout de vingt-quatre heures, la résolution n'est pas obtenue, on devra pratiquer le débridement simple de la commissure palpébrale sans effectuer de suture.

En même temps que ces antiphlogistiques locaux, on administrera des laxatifs, antiphlogistiques généraux; diète relative avec bouillons légers, etc.

Lorsque l'orage causé par la violence de l'ophthtalmie granuleuse est passé, il n'est pas rare de voir les granulations, qui avaient été le point de départ de tous les accidents, diminuer ou même guérir complètement. La poussée inflammatoire devient un moyen curatif, surtout s'il existait du pannus cornéen. C'est cette disparition de granulations qui rendrait difficile le diagnostic de l'affection avec l'ophthalmie blennorrhagique, s'il

---

en 1691; des porcs-épics en 1685 également et en 1690; une panthère mâle en 1689; une gazelle mâle en 1697 et plus tard une marmotte en 1709. D'ailleurs, s'il n'a pas disséqué lui-même tous les animaux énumérés dans les éditions postérieures de l'*Histoire des animaux*, il a dû assister, sinon participer, à toutes les dissections qui ont été faites à l'Académie, car il en était un des membres les plus assidus.

Méry a présenté ces dissections à l'Académie des sciences, démontré ses préparations aux académiciens et a remis des mémoires qui, disent les procès-verbaux, ont été donnés à M. Perrault pour servir à l'histoire des animaux. On ne sait ce que sont devenus les mémoires qu'il a rédigés, mais tout porte à croire que Perrault les a utilisés pour la nouvelle édition de l'ouvrage de 1676 qu'il préparait, et dont une partie seulement était imprimée lorsqu'il mourut en 1688. Du Verney fut chargé de mettre ces matériaux en ordre, mais leur publication resta à l'état de projet pendant plus de quarante ans. Enfin, en 1733, après la mort de Du Verney, la nouvelle édition parut; mais elle resta encore incomplète; trois parties seulement furent imprimées, et une quatrième dans laquelle devaient être insérés, dit la préface, des descriptions et des dessins de Méry, mort en 1722, ne fut jamais publiée. Mais ce qui en a été imprimé en 1688 et en 1733 nous suffit pour soutenir notre thèse.

En effet, nous y trouvons la description des mêmes animaux que dans l'édition de 1676, et en plus, de quelques nouveaux; mais ce qui nous intéresse tout particulièrement, c'est que la description des animaux à la dissection desquels a travaillé Méry, renferme un passage relatif aux glandes bulbo-uréthrales; ces animaux sont, dans

n'existait la période prémonitoire révélatrice, et c'est encore cette guérison spontanée qui a conduit à employer l'inoculation de pus blennorrhagique et le jéquirity comme méthode substitutive pour développer dans la cavité conjonctivale une inflammation chirurgicale curative.

Mais laissons les cas où les granulations ont passé à l'état aigu, pour nous occuper de ceux beaucoup plus fréquents où la lésion offre le caractère chronique. Ici les caustiques divers trouvent leur véritable application.

Tout d'abord sur des granulations jeunes, sur des granulations vierges de tout traitement on emploiera le caustique le plus léger, le *cristal d'alun*. L'alun est le topique de la période qui tient le milieu entre l'état aigu et la phase chronique des granulations.

A un degré plus avancé convient le *sulfate de cuivre*. Ce topique est le plus anciennement connu et l'antiquité tout entière a appliqué les sels de cuivre au traitement des granulations. L'onguent ægyptiac n'est autre chose que de l'acétate de cuivre incorporé à du miel.

Le *nitrate d'argent*, à l'encontre du précédent, est d'un usage essentiellement moderne; il constitue un médicament recommandable contre les granulations, à condition expresse de l'éviter lorsqu'il existe des ulcérations cornéennes. Il se forme, dans ce cas là, une incrustation argentique du fond de l'ulcère, et celui-ci aboutit à un tatouage indélébile de la cornée.

A côté du nitrate d'argent, les médecins belges ont proposé *l'acétate de plomb* employé de la manière suivante : on retourne la paupière et on la lave, puis on applique une couche d'acétate de plomb en poudre sur la surface granuleuse; il se forme instantanément du sulfate de plomb insoluble qui constitue un blindage véritable du lit des granulations. Le but poursuivi était de rendre unie et non rugueuse la surface des granulations. L'inconvénient de cette surface résidait dans l'incrustation pathologique des tissus de la conjonctive par des sels de plomb.

Enfin, on a employé aussi le *tannin*, comme astringent, en solution épaisse avec de la gomme adragante.

Tous ces topiques conviennent aux granulations subaiguës, chroniques,

---

l'édition de 1688 : le lion, la gazelle, le chat-pard, la civette, le porc-épic, et dans celle de 1733, le tigre, la panthère et la marmotte. Voici ce qu'en dit l'édition de 1788 et l'histoire imprimée de l'Académie, de 1733.

Lion. — Dans les parties de la génération, il y avait, outre les prostates ordinaires, deux grosses glandes au commencement de la verge, ce qui se trouve en plusieurs autres animaux. (*Hist. des animaux*, 1688, p. 4; *Mém. de l'Acad.*, de 1666 à 1699, t. III, 1re part., p. 8, 1733.)

Gazelle. — Vers la racine de la verge, au-dessus de ses muscles latéraux, il y avait deux glandes de la figure d'une aveline. Leur conduit excrétoire était de la grosseur d'une médiocre épingle; il se glissait sous la verge aux côtés de l'urèthre, et il venait s'ouvrir dans son conduit au dedans de la valvule sigmoïde de la verge. Ces glandes étaient revêtues d'une tunique charnue fort épaisse. (*Hist. des animaux*, p. 57, et *Mém. de l'Acad.*, p. 107.)

Chat-pard. — Pour ce qui est des parties de la génération, elles semblaient être défectueuses et imparfaites, car il n'en paraissait aucun vestige, hormis la verge, *les glandes qui sont à la racine*, et la caruncule qui est dans l'urèthre. (*Hist des anim.*, p. 61, *Mém. de l'Acad.*, p. 112.) La première édition, au lieu des mots soulignés, porte : les *prostates* (p. 50).

Civette. — Outre les prostates, il y avait sous les muscles érecteurs deux autres glandes d'une substance beaucoup plus ferme que celle des prostates. Ces glandes étaient revêtues d'une tunique charnue.

non enflammées, tous ces moyens sont susceptibles de donner de bons résultats; toutefois, ces résultats ne doivent pas être attendus pendant un temps supérieur à une période de deux ou trois semaines. Passé ce délai, s'il n'existe aucun signe d'amélioration franche, on devra recourir à autre chose.

Cet autre moyen, également connu des anciens, et recommandé par Hippocrate lui-même, consiste dans une action mécanique exercée sur les granulations, dans le *râpage* ou le *massage* de ces granulations en se servant de laine brute. C'était d'après le même principe qu'avaient été imaginés à diverses époques le raclage, puis la scarification des surfaces granuleuses.

Il y a quelques années, un ophthalmologiste d'Athènes, le docteur Kostomiris a publié de bons résultats dus à la malaxation des granulations avec le doigt.

Pour moi, il y a déjà cinq ans que j'applique le massage dans mon service en y ajoutant le graissage des granulations avec la pommade au bi-oxyde d'hydrargyre jaune, qui, d'après Pagenstecher, jouit d'une action résolutive sur le pannus de la cornée. Partant de l'idée que les granuleux étaient, avant tout, des scrofuleux, j'ai donné la préférence, depuis, à la pommade iodoformée et au glycérolé d'iodoforme. Les frictions rudes, au début du traitement, sont rendues progressivement de plus en plus douces. L'iodoforme a sur le bi-oxyde d'hydrargyre l'avantage d'être moins irritant.

Mais il est des granulations anciennes, invétérées, qui résistent aux caustiques et ne cèdent pas au massage; il devient alors nécessaire de modifier ce tissu malade avec une extrême énergie, et c'est alors que devient nécessaire l'emploi du thermo-cautère ou du galvano-cautère. Cette opération véritable, qui demande souvent le chloroforme, s'exécute de la manière suivante. La paupière étant retournée, on cautérise d'abord à plat le lit des granulations pour le rendre uniforme; ensuite, on enfonce de place en place la pointe fine du thermo-cautère pour modifier profondément la couche lymphoïde des granulations par cette véritable ignipuncture.

Il y a encore des cas où le trachome résiste à tout, où rien ne réussit et

---

Le conduit excrétoire de chaque glande était de la grosseur d'une médiocre épingle, et s'ouvrait dans la cavité de l'urèthre, un peu au-dessus de la racine de la verge, à la distance d'environ trois pouces des prostates. A l'endroit de l'insertion de ces canaux, on voyait une valvule sigmoïde disposée de telle manière qu'elle donnait un passage libre aux liqueurs le long de l'urèthre jusqu'au gland, mais elle en empêchait le retour. (*Hist. des anim.*, p. 94. *Mém. de l'Acad.*, p. 171.)

Porc-épic. — A chaque côté de la racine de la verge, entre les muscles, il y avait une glande de la grosseur d'une noix parsemée de vaisseaux, laquelle jetait un tuyau long d'un pouce, gros comme une plume de poule, qui se glissait sous le corps caverneux, s'ouvrait au dedans de l'urèthre, proche la racine de la verge. Ces glandes fournissaient une humeur huileuse, et quoiqu'elles ne soient revêtues d'aucune fibre charnue, leur situation est telle qu'elles peuvent être aisément comprimées par les muscles contre lesquelles elles sont placées. (*Mém. de l'Acad.*, 2e part., p. 44.)

Le texte de l'édition de 1688 s'arrête avant la description du porc-épic, mais la planche existe; elle est semblable à celle de l'édition de 1733 et diffère de celle de 1676 par plusieurs particularités, et bien qu'aucune des deux ne représente les glandes bulbo-uréthrales, il est probable que la description de 1688 aurait été, comme la planche, conforme à celui de 1733.

Tigre. — On a trouvé dans le tigre, de même que dans le lion, qu'outre les prostates, qui sont à l'ordinaire au col de la vessie, il y avait à la racine des corps caverneux, de chaque côté, une glande pareille à celles qui sont au col de la vessie, lesquelles pour-

où il existe des lésions oculaires, le plus souvent du pannus. C'est dans ces cas compliqués qu'on peut employer le jéquirity, qui réussit moins contre les granulations que contre le pannus. Et quand le jéquirity aura échoué, il restera encore comme suprême ressource l'inoculation chirurgicale de pus blennorrhagique. Je possède deux observations étonnantes pour le succès qui y est enregistré en ce sens. Deux malades atteints de pannus crassus absolu, deux aveugles, ont été si bien guéris après la tourmente ophthalmique artificiellement provoquée qu'ils ont pu, l'un et l'autre, reprendre leur métier. Il faut donc se souvenir de ce moyen pour s'en servir à l'occasion, bien que cette occasion ne puisse naître que dans des cas extrêmes et qui, heureusement, sont rares.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 novembre.

Expériences sur l'influence de l'air confiné sur le développement de la phthisie pulmonaire. — M. Brown-Sequard : Je suis arrivé, grâce à l'appareil imaginé par M. D'Arsonval, et dont voici la description, à montrer que l'on peut enlever tout l'air sortant des poumons des phthisiques.

Cet appareil se compose de plusieurs parties dont la plus essentielle est une sorte de hotte de forme biconique qui se place à une certaine distance de la tête du malade couché. Cette hotte est portée par un tube deux fois recourbé dont on peut faire varier la hauteur et qui peut glisser le long d'une tige fixée sur un pied court, triangulaire.

L'extrémité inférieure de ce tube communique par un tuyau souple de gros calibre avec une cheminée d'appel en tôle dans laquelle brûle une source de chaleur (gaz, bougie, lampe, etc.).

Cette combustion détermine un appel d'air dans toute l'étendue du système de tuyaux, de sorte que les gaz expirés par le malade sont immédiatement entraînés dans la hotte qui se trouve au-dessus de sa tête. En passant sur le foyer en combustion, ces gaz se

---

raient être appelées les prostates inférieures; elles s'ouvraient au dedans de l'urèthre par un tuyau fort visible, et qui avait à son extrémité un mamelon comme les tuyaux des prostates supérieures. (*Mém. de l'Acad. des sciences*, de 1666 à 1699, t. III, 3e partie, p. 13, 1734.)

Panthère. — Pour ce qui est des parties de la génération de la panthère, elles étaient tout à fait semblables à celles du tigre. (*Id.*, p. 21.) La planche IV, p. 16, montre les prostates inférieures qui, d'après leur situation et celles de l'ouverture de leur canal excréteur dans l'urèthre, ne peuvent être que les glandes de Méry.

Marmotte. — De même pour la planche VIII, p. 22, lettres XX et *ii* relatives à l'anatomie de la marmotte et d'un loir. Dans le premier cas, elles sont considérées comme les prostates, celles-ci étant décrites comme vésicules séminales et, dans le second, comme prostates inférieures. Elles occupent d'ailleurs le siège assigné aux glandes de Méry (p. 39 et 41).

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

Savon antiseptique. — Hélot.

Crème de savon des parfumeurs............... 90 grammes.
Acide borique.............................. 15 —

Incorporez mécaniquement. — On se lave les mains avec ce savon, avant un accouchement ou une autre opération. On en étale sur les instruments et sur le spéculum. L'acide borique irrite moins les mains que les autres antiseptiques. — N. G.

débarrassent en partie des germes qu'ils peuvent contenir, et ce qui reste est rejeté au dehors de la chambre.

J'ai fait aussi, il y a longtemps déjà, un grand nombre d'expériences que je vais reprendre avec M. D'Arsonval sur la respiration des phthisiques et qui seront l'objet de plusieurs communications ultérieures. Mais ce que je puis dire, dès aujourd'hui, c'est qu'il est plus difficile qu'on ne le croit en général de faire respirer de l'oxygène presque pur à des phthisiques, ce gaz étant un agent dangereux.

En effet, pour peu qu'on le respire assez longtemps, il indispose sérieusement les sujets malades ou même bien portants; si les inhalations d'oxygène pur ou presque pur sont répétées quelques heures par jour pendant plusieurs semaines, l'effet en est absolument nuisible. Au contraire, sont bonnes, utiles et sans aucun danger les inhalations d'oxygène auquel on a adjoint une certaine proportion d'acide carbonique.

Mais ce n'est pas non plus de cette question que je veux parler aujourd'hui; le but de ma communication est la phthisie.

Vous savez que cette maladie est une affection des plus meurtrières, et je puis dire presque sous tous les climats, surtout dans les milieux encombrés, là où les habitants sont nombreux, la population dense. Si, au contraire, la population est rare, la mortalité est beaucoup moins considérable. Il en est de même des professions dans lesquelles les ouvriers sont accumulés en grand nombre dans un espace restreint et dans des ateliers clos de toutes parts; là encore la phthisie fait le plus de ravages. C'est ainsi que l'air confiné respiré de nouveau est un danger incessant de tuberculose pulmonaire soit pour la voir apparaître, soit pour la voir prendre une intensité plus grande.

J'ai fait, en 1869 et en 1870, des séries d'expériences dont les résultats m'ont tellement surpris que je n'ai pas cru devoir en parler à cette époque; cependant, ils sont si décisifs que je désire aujourd'hui les communiquer à l'Académie. A cette époque, j'inoculai la tuberculose, par la voie sous-cutanée, à un certain nombre d'animaux, et principalement à des cobayes, et je n'en perdis pas un seul. Or, pourquoi cette innocuité alors qu'on sait combien, ordinairement, les sujets inoculés succombent à la phthisie? Parce que ces animaux furent placés dans les conditions les meilleures sous tous les rapports (litière, alimentation et aération). En effet, pour ne parler que de ce dernier point de vue, je dirai qu'ils étaient sous un hangar parfaitement et librement aéré, donnant sur des jardins de la rue Gay-Lussac. Chez eux donc, les inoculations de tuberculose n'eurent aucun résultat fâcheux, la phthisie n'eut aucune prise, et tous, cobayes et autres, au nombre de plus de 100, vécurent dans un excellent état de santé.

Mais il n'en fut plus de même d'une autre série d'animaux chez lesquels des inoculations semblables furent faites, mais qui furent placés dans des laboratoires où ils vivaient dans un air confiné; presque tous succombèrent à la phthisie.

Ces résultats sont une nouvelle preuve de l'influence détestable de l'air confiné et de l'action bienfaisante, au contraire, de la vie à l'air libre. Ils nous montrent aussi dans quelle voie nous devons nous engager pour prévenir le développement de la phthisie pulmonaire.

Mais voici encore trois observations, trois cas, pris sur l'homme, qui compléteront ma démonstration.

Le premier est celui du docteur Stokes; il s'agit d'un malade chez lequel il avait constaté la destruction par la phthisie du lobe supérieur des poumons droit et gauche — remplacé par de vastes cavernes — et qui se condamna à vivre et à coucher pendant deux années consécutives à l'air libre, garanti, bien entendu, contre tout refroidissement. Au bout de ce temps, il était complètement guéri et ses cavernes étaient cicatrisées.

Le second cas appartient au docteur Blake; c'est celui d'un phthisique présentant une grande caverne pulmonaire qui avait succédé à un abcès tuberculeux. Grâce à la vie au grand air, il guérit également de la tuberculose et ne succomba que beaucoup plus tard, à la suite d'une opération pratiquée pour une toute autre affection, sans aucun rapport avec la phthisie.

Enfin, le troisième cas m'appartient; c'est celui d'un jeune homme présentant également des cavernes au sommet des poumons et qui était également dans un état déplorable. Il se condamna à passer tout son temps à l'air libre, ne rentrant à la maison que

pendant quelques heures de la nuit; il guérit aussi complètement. Il est mort vingt-sept ou vingt-huit ans plus tard d'une toute autre maladie que la tuberculose.

Ces trois observations, jointes aux résultats des expériences dont j'ai parlé en commençant, me paraissent une preuve incontestable de la possibilité de prévenir et même de guérir la phthisie par la vie au grand air; elles démontrent aussi l'influence absolument dangereuse de l'air confiné tant au point de vue de l'apparition de la phthisie que de ses progrès chez les malades qui en sont atteints.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Octobre 1887.

M. Schwartz : *Corps étranger de la vessie chez un prostatique; extraction par les voies naturelles et guérison.* — Il s'agit d'un homme de 60 ans qui avait appris à se sonder lui-même à l'aide d'une sonde en caoutchouc rouge. Après un certain usage, ces instruments, comme on le sait, deviennent durs et très fragiles, aussi le malade brisa-t-il la sienne, dans un cathétérisme, le 27 décembre. Le fragment externe, long de 11 centimètres, fut retiré avec la main, mais le fragment interne tomba dans la vessie. Sans trop se préoccuper de son accident, le malade attendit le lendemain pour consulter son médecin, qui, en faisant des tentatives d'extraction avec l'instrument de Mercier, coupa la sonde et ne put en extraire qu'un fragment de 4 centimètres. Le quatrième jour, M. Schwartz fut appelé et, trouvant le malade dans un bon état général, il se décida à pratiquer séance tenante l'extraction du corps étranger, afin d'éviter son incrustation par les sels calcaires.

Après lavage de la vessie par une solution boriquée, il se servit d'abord du petit brise-pierre de Guyon, mais la sonde se brisa de nouveau et il ne put enlever qu'un fragment de 5 centimètres. Une nouvelle introduction fut suivie du même accident et l'instrument ne ramena qu'un fragment de 4 centimètres. A ce moment, on reconnut que le reste de la sonde était engagé dans la portion prostatique de l'urèthre; il fut alors facile de saisir le débris par une pince uréthrale et de l'amener au dehors. Les suites de l'intervention furent excellentes.

Lorsque l'on se trouve en présence de cas analogues, M. Schwartz estime qu'il faut, au début, tenter l'extraction par les voies naturelles; la taille doit être réservée pour les cas anciens. Il ne faut jamais compter sur l'expulsion spontanée par les voies naturelles.

Ulcère variqueux de l'œsophage, avec hématémèses, dans le cours d'une cirrhose graisseuse, par M. Dauchez. — L'observation se rapporte à une femme de 37 ans, alcoolique, surmenée, qui, entrée à l'hôpital Saint-Joseph le 22 juillet 1887, est trouvée atteinte de paraplégie avec douleurs vives, éruption bulleuse disséminée et exostose iliaque. Le traitement spécifique échoua, puis elle présenta des symptômes d'ictère grave avec hémorrhagies abondantes sous forme d'hématémèses. La mort survint le 18 septembre dans l'adynamie. A l'autopsie, on trouva une grande réplétion des branches afférentes de la veine porte et des varices ulcérées sur la surface interne de l'œsophage. Des ulcérations nombreuses existent aussi à la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum. Le foie, dont la coupe est jaune, pèse 1,880 grammes, et la rate, congestionnée, est très augmentée de volume.

M. Dauchez éloigne l'idée de fièvre typhoïde, et, pour lui, il s'agissait là d'une cirrhose graisseuse du foie qui s'est terminée par ictère grave.

Kyste de la glande vulvo-vaginale. — M. Desnos a opéré une dame de 29 ans d'une tumeur de cette nature, qu'il dut extirper complètement par énucléation. La paroi du kyste était épaisse et le contenu formé par un liquide jaunâtre, légèrement teinté de sang. La guérison survint en six jours, après suture de la plaie et drainage.

Quand les parois du kyste sont minces, M. Schwartz conseille de les traverser complètement avec un tube à drainage dont il lie les deux extrémités l'une à l'autre. Il se développe une inflammation qui oblitère la poche, et la guérison est complète au bout de trois semaines.

Note sur l'antipyrine comme analgésique. — M. Roux a expérimenté le traitement de la migraine suivant les règles tracées par M. G. Sée. Dans trois cas, chez des femmes jeunes, il a donné 1 gramme du médicament immédiatement avant et après l'accès, et n'a pu obtenir la sédation ni de l'accès présent, ni de celui à venir. Il a eu deux échecs dans un cas de sciatique rebelle et un de névralgie abdominale.

Injections hypodermiques à l'antipyrine suivies d'irritation phlegmoneuse du tissu cellulaire et de la peau. — Le 10 octobre dernier, M. le docteur Finot fut appelé auprès d'une de ses clientes en proie depuis plusieurs heures à des douleurs extrêmement vives de coliques hépatiques. Il pratiqua à la région épigastrique droite, au niveau de la vésicule biliaire, une injection hypodermique d'une solution d'antipyrine; 50 centig. d'antipyrine furent injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané. La malade avait un certain degré d'embonpoint, et la piqûre fut faite normalement à la peau à une profondeur d'environ 1 centimètre 1/2. En peu de temps, la douleur hépatique fut soulagée. Le soir, il trouva sa malade très calmée, sans fièvre, et, de peur d'un retour offensif, pratiqua une nouvelle piqûre avec la même dose d'antipyrine à la région épigastrique gauche. Le lendemain, la malade paraissait guérie. Deux jours après, il fut appelé de nouveau et constata à l'endroit des piqûres deux noyaux d'induration du tissu cellulaire avec une plaque érysipélateuse grande comme la paume de la main au niveau de la première; la malade souffrait cruellement et se courbait en avant pour éviter la douleur résultant de la tension de la région épigastrique, qui était manifestement le siège d'une inflammation phlegmoneuse sérieuse.

Surpris d'un tel résultat qu'il constatait pour la première fois, toutes ses autres injections antérieures faites avec l'antipyrine ayant eu une parfaite innocuité, M. Finot demanda à voir le médicament employé, et en le goûtant et le flairant il fut surpris de son odeur. Craignant qu'il n'y eût là quelque erreur pharmaceutique, il se rendit chez le pharmacien, homme instruit et consciencieux, qui avait exécuté son ordonnance et qui lui fit voir l'antipyrine dont il s'était servi; c'était celle de Knorr et elle exhalait une forte odeur de benzine; lorsqu'on en mettait une certaine quantité sur la langue, on éprouvait un goût des plus prononcés de benzine.

La préparation de l'antipyrine exige à un certain moment l'emploi de la benzine; le médicament retient donc une certaine quantité de cet agent et c'était très probablement à lui qu'était due l'irritation plegmoneuse produite par les deux piqûres. M. Finot a voulu s'assurer si partout l'antipyrine avait cette odeur et ce goût, et sur trois échantillons pris dans trois officines différentes, il a constaté la présence de la benzine en plus ou moins grande quantité, mais toujours d'une façon très notable. Il sera indispensable, à l'avenir, de n'employer l'antipyrine qu'après s'être assuré qu'elle ne retient pas de benzine. Comme celle-ci n'est pas associée chimiquement à l'antipyrine, mais qu'elle n'y est en quelque sorte que juxta-posée, il est facile de la faire évaporer, soit en soumettant à l'étuve l'antipyrine cristallisée, soit en faisant bouillir la solution avant de l'employer.

M. Finot ajoute qu'aujourd'hui, douze jours après les piqûres et après un traitement antiphlogistique convenable, la région épigastrique de sa malade présente encore deux noyaux d'induration très manifeste avec rougeur, tension et douleur, surtout à droite; la résolution n'est pas encore assurée.

M. Marciguey, chez une malade atteinte d'irritation spinale avec irradiation très douloureuse dans les membres, a pratiqué douze injections d'antipyrine suivant la formule de M. Sée, à raison d'une piqûre tous les deux jours; il n'a obtenu aucun résultat appréciable. Chez un autre malade éprouvant des douleurs extrêmement vives dues à un carcinome stomacal, il a pratiqué jusqu'à quatre injections par jour; le résultat a été le même que précédemment, et il a dû recourir aux injections de morphine. Les injections d'antipyrine avaient amené des nodosités qui ont disparu au bout de quelques jours. — P. C.

COURRIER

Erratum. — Dans notre avant-dernier numéro (*Hystérie alcoolique*, par M. Ferdinand Dreyfous), page 786, dixième ligne, lire : « cette hémianesthésie qui, suivant M. le professeur Charcot, MM. Debove et Achard, est si souvent le stigmate de l'hystérie ».

Hôpitaux de Vienne. — A la suite d'un brillant concours, MM. Honnorat et Figuet ont été nommés médecins-chirurgiens suppléants pour dix ans.

— M. le docteur Vignes (Albert), médecin-adjoint au lycée de Tarbes, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Vignes, démissionnaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dupin (de Bordeaux).

Souscription Daviel. — Dans notre numéro du 10 septembre 1887, nous avons annoncé que la *société libre d'agriculture, sciences, arts* et *belles lettres de l'Eure*, avait décidé qu'un monument serait élevé à La Barre, lieu de naissance de Daviel, pour perpétuer parmi ses compatriotes le souvenir de ce bienfaiteur de l'humanité. Nous publions aujourd'hui une liste de souscriptions, à laquelle nous exhortons nos confrères à venir joindre leurs noms.

MM. Panas	300 fr.
Gayet (de Lyon)	300
Fieuzal	100
Meyer	100
Galezowski	100
De Wecker	200
Abadie	100
Masselon	100
Javal	200
Maklekoff (de Saint-Pétersbourg)	45
Dransart, de Somain (Nord)	50
Bettremieux (*id.*)	20
Poncet	20
Gillet de Grandmont	20
Motais (d'Angers)	20
Dianoux (de Nantes)	20
Cuignet	20
Esmérian	10
Vallez (de Tournai)	5
De Salterass	20
Armaignac (de Bordeaux)	20
Dubois de Lavigerie	10
Coppey (de Bruxelles)	40
Trousseau	20
Albitas (de Madrid)	20
Rohmer (de Bruxelles)	10
Gorecki	10
Total	1,880

(*A suivre.*)

Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur A. Brun, 23, rue d'Aumale.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

L'eczéma des ongles.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 octobre 1887.

Par M. le docteur Deligny.

Il est reconnu que les ongles sont de véritables formations épidermiques, et que l'appareil unguéal, dans son ensemble, n'est autre chose qu'une dépendance de la peau. Il n'est donc pas étonnant que l'on puisse voir se développer sur l'ongle des maladies analogues à celles qui se produisent sur la peau. Bazin a montré que la teigne faveuse pouvait se produire sur les ongles, qui offrent, en effet, un terrain très favorable au développement des parasites pilicoles dans les cellules intercalées entre sa face profonde et les plis et sillons de Henle. Il n'est pas rare non plus que l'on puisse voir le psoriasis et l'eczéma se produire sur les ongles, comme ils se produisent sur la peau.

Le psoriasis des ongles a été plus souvent observé et mieux décrit que l'eczéma de ces mêmes organes. Certains auteurs ont confondu ce dernier avec le premier (Devergie), et c'est à peine si les traités de dermatologie accordent quelques lignes à l'eczéma unguéal.

Nous croyons donc intéressant de résumer quelques observations concernant cette forme d'eczéma.

L'eczéma unguéal peut se développer dans deux conditions :

1° Ou bien il existe chez un sujet ayant de l'eczéma des pieds ou des mains, ou encore de toute autre région du corps;

2° Ou bien il se présente comme lésion eczémateuse unique, isolée.

Cette distinction est importante, et nous devons examiner ces deux cas.

FEUILLETON

Sur la découverte des glandes bulbo-uréthrales, par Jean Méry (1).

N'est-il pas curieux, en résumé, que tous les animaux à la dissection desquels Méry a travaillé présentent des glandes bulbo-uréthrales, et eux seulement, sauf le tigre qui a été disséqué par Perrault en 1688, mais avec la collaboration probable de Méry, dont Perrault connaissait d'ailleurs les travaux puisque c'est à lui qu'ils avaient été remis. Et ne sont-ce pas là des preuves convaincantes en faveur de la très grande part qui revient à Méry, dans les additions faites au texte de la première édition ?

Preuves de certitude. Mais nous avons mieux que ces preuves de probabilité, quelle que soit leur valeur à nos yeux, pour démontrer que Méry n'avait pas considéré sa découverte de 1684 comme sans importance, mais qu'au contraire elle lui a servi de guide dans ses dissections postérieures. Il y a, en effet, parmi les documents inédits que nous avons eu la bonne fortune de trouver dans les procès-verbaux de l'Académie des sciences, une description de la gazelle mâle qui renferme le passage suivant :

« Il y avait de chaque côté de la verge une glande de la grosseur d'une fève d'haricot, chaque glande était revêtue de fibres développées d'un petit muscle qui tirait son origine

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Dans le premier cas, lorsque l'eczéma des ongles se développe chez un sujet ayant des lésions eczémateuses des mains ou des pieds, il est souvent la conséquence de l'extension de ces dernières lésions aux ongles.

On peut alors l'observer à l'état d'eczéma aigu. La plupart des auteurs ont décrit la forme chronique, sans parler de la forme aiguë. Nous avons eu deux fois l'occasion de suivre, jour par jour, l'évolution d'une poussée aiguë d'eczéma unguéal, et voici les phénomènes observés :

Dans les deux cas, il s'agissait d'une poussée aiguë d'eczéma du dos des mains et des doigts; très intense, la poussée envahit les ongles de tous les doigts des deux mains chez un de nos malades, et seulement de quatre doigts d'une main chez le second.

Lorsque les lésions eczémateuses arrivèrent aux ongles, la matrice unguéale se tuméfia, elle devint rouge, œdématiée, douloureuse, saillante, et cette inflammation s'étendit au rebord cutané périonyxique. En même temps, l'ongle devint un peu douloureux à la pression, paraissant soulevé sur son lit; puis ce soulèvement s'accusa davantage, la surface de l'ongle n'était plus convexe, elle se sillonna de sillons transversaux, assez profonds et ayant l'aspect de fissures. En outre, cette surface perdit son aspect brillant et poli, elle devint terne et comme brouillée. Les malades se plaignaient de douleur au bout des doigts, caractérisée par une sensation de constriction, comme celle que produit un doigtier de caoutchouc, et aussi par des picotements intermittents.

Cet état dura, chez ces deux malades, autant que persista la poussée aiguë des mains et des doigts; puis, celle-ci s'atténuant, la tuméfaction de la matrice unguéale et celle du rebord corné périonyxique diminuèrent, l'ongle parut moins hypertrophié. Mais, en même temps, il prit un aspect noirâtre dû à l'infiltration entre le derme unguéal et la lame cornée; cette coloration noirâtre envahit tous les ongles, qui restèrent ainsi rugueux, dépolis, fissurés. Il fallut plus de trois mois pour qu'un ongle entièrement sain eût remplacé l'ongle altéré.

---

de la partie inférieure interne de l'os pubis. Les deux glandes avaient chacune un petit canal excrétoire qui s'ouvrait dans le fond d'un petit cul-de-sac placé à la naissance de l'urèthre, et était tourné du côté du gland. »

Or cette description date du 22 mai 1697, deux ans par conséquent avant que Cowper fit insérer sa découverte dans les *Transactions philosophiques*.

Le 15 janvier 1698, Méry revenait encore sur ce point en montrant que dans le bouc-estin (chamois) les parties de la génération étaient semblables à celles de la gazelle.

En 1701, Méry, décrivant un animal semblable à un rat d'Inde, et une taupe mâle, remit une note qui heureusement fut transcrite dans les procès-verbaux. Voici comment il parle des glandes bulbo-uréthrales.

« A deux pouces et demi de distance de ces premières glandes (situées près du col de la vessie), il y en avait deux autres d'une grosseur considérable (l'animal mesurait deux pieds de la tête à la naissance de la queue); elles étaient placées derrière les muscles érecteurs de la verge ; chacune avait un petit canal excrétoire long d'environ deux pouces. Ces deux conduits perçaient l'urèthre proche le gland. Ces grosses glandes étaient recouvertes par un muscle commun et chacune étaient enveloppée d'un muscle propre fort épais, ces deux muscles propres étaient unis par derrière au muscle commun ; par devant ils se terminaient en deux petits tendons qui s'inséraient à l'urèthre proche le gland. Il y a grande apparence que ces deux muscles servent à exprimer dans l'urèthre l'humeur grossière et gluante que filtrent ces glandes. »

Dans la taupe, les glandes devaient être de très petites dimensions ; néanmoins Méry

Cette description comprend la forme aiguë et chronique de l'eczéma unguéal; elle indique le passage de l'état aigu à l'état chronique.

Dans certains cas, l'eczéma n'envahit pas l'ongle proprement dit, mais s'arrête au rebord cutané périonyxique; c'est la forme appelée *eczéma périonyxique*, forme assez fréquente dont nous avons observé un assez grand nombre d'exemples.

Il y a des cas où l'on trouve des lésions des ongles chez des sujets ayant de l'eczéma des mains ou des pieds, mais sans continuité entre ces lésions. Cela est assez fréquent dans les cas d'eczéma nummulaire, lichénoïde du dos des mains, que l'on rencontre surtout chez les arthritiques rhumatisants.

Il y a aussi des cas où l'on trouve des altérations des ongles chez des sujets n'ayant d'eczéma ni aux mains, ni aux pieds, mais présentant cependant des éruptions eczémateuses sur d'autres régions du corps.

Ces lésions appartiennent surtout aux eczémas chroniques; elles sont plus ou moins marquées et ne doivent pas être, dans tous les cas, considérées comme étant des lésions eczémateuses.

Cependant, dans certains cas, le diagnostic d'eczéma des ongles est parfaitement rationnel lorsque les lésions en présentent tous les caractères, et, en particulier, lorsqu'il est reconnu que ces lésions subissent des modifications en rapport avec celles des autres lésions eczémateuses situées sur les autres régions du corps.

Nous avons vu, en 1884, un malade qui, outre des plaques d'eczéma lichénoïde sur les jambes et le tronc, avait des altérations des ongles des deux mains; ces ongles étaient noirâtres, épaissis, fissurés transversalement. Ces lésions existaient depuis deux ans et avaient débuté deux ans après l'eczéma du corps. Le médecin italien qui nous l'envoya avait porté le diagnostic d'eczéma des ongles, mais en exprimant des doutes. Or, pendant la cure thermale, ce malade eut une exacerbation de son eczéma, et, pendant cette poussée, ses ongles devinrent douloureux, se tumé-

---

les a décrites avec grand soin; d'abord les testicules, puis une glande située au-dessus du col de la vessie, mais qu'il ne sait si elle doit passer pour les vésicules séminales ou la prostate; enfin deux glandes qui par le siège diffèrent des bulbo-uréthrales des descriptions précédentes, mais dont le canal excréteur aboutit au même endroit. Ces glandes étaient situées de chaque côté au côté interne du milieu de la cuisse et avaient la forme d'une poire; de leur partie la plus étroite partait un petit canal excrétoire long d'un pouce, qui déchargeait leur liqueur dans le commencement de l'urèthre en dessous.

Ainsi, chez les trois seuls animaux, parmi ceux qui ont été disséqués par Méry, dont les procès-verbaux de l'Académie aient conservé la description, nous trouvons la mention détaillée des glandes bulbo-uréthrales. N'est-il pas permis d'en conclure : 1° que cette mention existait dans les mémoires remis antérieurement par Méry à l'Académie sur les autres animaux qu'il a disséqués, mémoires qui malheureusement ont disparu; 2° que la relation de ces glandes, absente dans l'édition de 1676 de l'*Histoire des animaux*, et présente dans celles de 1688 et de 1733, a été extraite de ces mémoires disparus?

La première de ces suppositions est basée, comme nous l'avons déjà dit, sur ce fait que les descriptions renfermant la citation des glandes bulbo-uréthrales sont précisément celles des animaux disséqués par Méry. Il est très logique d'admettre la seconde, si l'on compare le passage de la seconde édition, relatif à la gazelle, avec celui que nous avons trouvé dans les procès-verbaux manuscrits; on verra facilement que le premier n'est que le résumé du second.

Nous aurions voulu établir la même comparaison entre les deux textes au sujet de

fièrent, et subirent certainement une poussée comme les autres lésions. Le diagnostic n'était donc plus douteux.

Les lésions eczémateuses sur le tronc, les membres, la tête, et coexistant avec un eczéma unguéal intense, peuvent être peu importantes et peu nombreuses.

Notre excellent confrère, le docteur Gaucher, nous a envoyé à deux reprises, à Saint-Gervais, un malade dont les ongles des dix doigts des mains sont atteints et qui n'a que trois petites plaques d'eczéma sec sur le corps.

L'eczéma unguéal, en tant que lésion unique isolée, est assez rare. C'est peut-être parce qu'il est fréquemment confondu avec le psoriasis. Nous n'en avons vu que trois cas sur plusieurs centaines d'eczémateux. Le premier cas, eczéma unguéal des pieds, concerne un Anglais de 58 ans, ayant eu à plusieurs reprises de la goutte articulaire. Le second cas est celui d'une dame russe, âgée de 42 ans, atteinte de gravelle, dyspeptique et hémorrhoïdaire. Le troisième cas est celui d'un ecclésiastique obèse, ayant eu de la lithiase biliaire, et atteint d'un prurit anal très intense. Ces deux derniers malades avaient de l'eczéma unguéal des mains. Chez le troisième malade, un eczéma très étendu des jambes s'était déclaré, dix ans auparavant, à la suite de deux bains de mer trop prolongés.

Cette forme ne diffère pas, comme caractères de lésions, de la forme précédente. L'altération unguéale est plus ou moins accusée, suivant que l'affection est plus ou moins ancienne; l'ongle est épaissi, déformé, fissuré, il prend quelquefois une forme cubique ou conoïde, il est dépoli, rugueux, noirâtre, et son bord libre est comme stratifié.

L'état des lésions subit de temps à autre quelques modifications accusées par les malades; il devient un peu douloureux, sensible à la pression, et, si la lésion siège aux pieds, la marche est pénible. Ces phénomènes ont presque toujours pour suite une augmentation de l'altération de l'ongle.

Quelquefois l'ongle repousse sain sur une certaine étendue, puis une petite tache se montre sur cette surface saine qui est de nouveau envahie

---

l'animal qui ressemblait au rat d'Inde et de la taupe mâle; mais ces animaux ne se trouvent pas dans la seconde édition; peut-être devaient-ils rentrer dans la quatrième partie de cette édition, qui, annoncée dans la préface de la troisième partie comme devant renfermer des dessins de Méry, n'a pas été publiée. Il nous a été impossible de retrouver les matériaux qui devaient servir à sa rédaction.

Les documents que nous avons retrouvés nous permettent néanmoins de répondre aux conjectures qui ont été faites par divers auteurs sur l'indifférence de Méry à l'égard de sa découverte et sur la prise de possession de Cowper. Toutes ces conjectures se trouvent en substance dans la notice que M. Herpin (de Metz) a consacrée à Méry, et comme c'est le travail le plus complet qui ait été écrit sur ce sujet, c'est lui que nous suivrons dans notre argumentation (1).

« On ne sait, dit-il, si Méry réclama contre Cowper, dont un des collègues de Méry, Littre, se fit involontairement le complice en appelant les glandes découvertes par Méry du nom de glandes de Cowper. »

Nous pouvons déjà prouver que Méry ne réclama pas contre Cowper, et que, si Littre se fit le complice de l'anatomiste anglais, ce fut en effet bien involontairement.

La lecture du mémoire de Littre sur l'urèthre de l'homme eut lieu dans les deux séances du 7 et du 18 août 1700. Dans la première, Littre présenta en outre les pièces anatomiques sur lesquelles était fondée sa description. Il est probable que Méry, qui

---

(1) Herpin (de Metz) : *Notice historique sur la vie et les travaux de Jean Méry*, Paris 1864.

dans son entier. Cette affection est, en effet, très rebelle et d'un durée toujours très longue. « Tantôt, les ongles soulevés par les squames et les « débris épidermiques accumulés sur le lit unguéal finissent par se décoller « et par tomber; tantôt la lésion s'arrête et l'affection guérit en laissant « une déformation particulière de l'ongle. » (1)

L'aspect de cette lésion eczémateuse est identique à celui du psoriasis, et les caractères objectifs seuls permettent bien difficilement de distinguer les deux affections.

D'après M. Humbert (2), dans l'eczéma, l'épaississement est considérable, la production épidermique se fait aux dépens du lit de l'ongle et débute vers le bord libre pour envahir de bas en haut tout le derme sous-unguéal. Dans le psoriasis, au contraire, il y a amincissement général, aspect pointillé, et le début de l'affection se fait au niveau de la lunule pour envahir progressivement l'ongle à mesure qu'il se développe.

Nous ferons observer que l'aspect pointillé n'est pas spécial au psoriasis et qu'on le trouve aussi dans l'eczéma; il y a, en outre, des cas d'eczéma unguéal où l'ongle est aminci, et enfin ce n'est pas toujours par le bord libre que l'eczéma débute.

On a admis aussi, comme caractère distinctif, que la striation de l'ongle se fait en travers dans le psoriasis, tandis que l'eczéma fait des cannelures en long (Vidal).

En résumé, les caractères objectifs sont peu certains. Mais il faut savoir que le psoriasis se localise très rarement uniquement aux ongles, et que, presque toujours on trouve une plaque révélatrice sur quelque partie du corps.

Il n'est pas indifférent de rechercher si le malade n'a pas eu antérieurement de l'eczéma. Nous avons dit qu'un de nos malades avait été eczémateux dix ans auparavant. Il y avait, en 1879, dans le service de M. E. Bes-

(1) Hillairet et Gaucher.

(2) Dictionnaire de Dechambre, article ONGLES.

assistait à ces deux séances, examina les préparations d'une région qu'il avait si souvent disséquée lui-même et écouta la lecture de son collègue; néanmoins les procès-verbaux manuscrits, qui mentionnent son nom parmi ceux des académiciens présents, n'ont inséré aucune réclamation de Méry ni à cette date, ni à une date postérieure. Et en effet, lorsque Méry, l'année suivante, lut devant l'Académie ses deux mémoires sur l'animal qui ressemble au rat d'Inde et sur la taupe mâle, il n'y inséra aucune réclamation sur la priorité de la découverte des glandes bulbo-uréthrales, bien qu'il décrivît ces glandes chez les deux animaux. Donc Méry ne réclama pas.

Recherchant la cause de cette indifférence, M. Herpin suppose que Méry, « sachant qu'il avait la priorité de la découverte, qu'on ne pouvait la lui contester, puisqu'il l'avait annoncée et publiée plus de quinze ans avant Cowper, n'a pas voulu élever des réclamations qui lui semblaient inutiles ou superflues. » — Mais ceci ne cadre guère avec le caractère de Méry, si ardent à réfuter les adversaires de ses opinions, et ne leur ménageant ni les longues phrases ni les expressions mordantes, lorsqu'il les soupçonnait de mauvaise foi. Et il aurait gardé le silence en face d'un plagiat ou d'un déni de justice ?

« Peut-être, dit encore M. Herpin, notre célèbre anatomiste attachait-il peu d'importance à sa découverte. » Ceci ne peut se soutenir, puisque, si nous nous en tenons aux mémoires conservés de Méry, nous voyons qu'il a reproduit sa description en 1697, 1698, et deux fois en 1701.

« Méry, dit enfin M. Herpin, engagé alors dans des luttes scientifiques qui divisèrent le monde savant, ne voulait-il pas entrer dans une discussion nouvelle, qui l'aurait

nier, à Saint-Louis, un malade qui, après avoir eu bien longtemps un eczéma du dos des mains, eut ensuite des manifestations articulaires, puis enfin un eczéma des ongles seuls.

L'eczéma des ongles est fréquemment un eczéma d'origine professionnelle, et alors il résulte d'un eczéma chronique des mains.

C'est une affection qui est fréquente chez les arthritiques, et surtout chez les arthritiques goutteux. C'est sans doute aussi l'opinion de M. E. Besnier, car il conseille de mettre ces malades au régime des goutteux. Au reste, chez ces malades, à disposition goutteuse, il est fréquent de constater des altérations des ongles, autres que l'eczéma et le psoriasis, et consistant en une plus grande fragilité des ongles qui se cassent et s'écaillent facilement. Ils n'ont pas non plus le poli et le brillant de l'ongle normal, leur surface est terne et granulée. Ces altérations sont l'indice d'un trouble de nutrition de l'ongle, en rapport avec le trouble de la nutrition générale qui caractérise la dyscrasie goutteuse.

L'eczéma produit par l'extension aux ongles de lésions des mains ou des pieds peut disparaître facilement et assez vite au moyen d'un traitement approprié. Il rétrograde ordinairement avec l'affection cutanée, mais, dans certains cas aussi, il reste localisé aux ongles, surtout si le malade ne peut pas prendre les précautions nécessaires pour éviter toutes les causes d'irritation. C'est ce qu'on observe dans l'eczéma unguéal professionnel.

Beaucoup plus tenace, de l'avis de tous les auteurs, est l'eczéma isolé.

D'après M. E. Besnier, le traitement de Vichy rend de grands services; à son défaut, il conseille les bains alcalins et les alcalins à l'intérieur. Il y joint le régime des goutteux. Localement, il conseille le doigtier des caoutchouc, comme médication émolliente et moyen de protection. En même temps, des applications de goudron pur ou d'un mélange à parties égales de goudron médicinal et d'alcool. On a employé aussi l'huile de cade.

Nous avons eu, dans l'un des cas d'eczéma unguéal isolés que nous citons (deuxième cas), un bon résultat de la cure thermale de Saint-Gervais, en joignant aux bains et à l'eau en boisson des pulvérisations à brisement,

---

détourné de la polémique qu'il soutenait avec tant d'éclat, à propos de sa théorie de la circulation dans le fœtus? » Cette raison nous paraît plus plausible que la précédente, car les travaux ou les luttes dans lesquelles était alors engagé Méry ne concernaient pas seulement la circulation du sang; il publiait alors son livre sur l'opération de la taille; il préparait son célèbre mémoire sur les hernies, et, comme tous les savants d'alors, recueillait des faits pour essayer d'élucider la question de la génération par des œufs. Rien cependant ne l'eût empêché de glisser une phrase de réclamation dans ses mémoires lus en 1701. Pourquoi ne l'a-t-il pas fait? Ici nous devons reconnaître que nous n'avons rien trouvé qui nous permette de donner une réponse catégorique.

Nous avons dit que, si Littre avait été le complice de Cowper, cette faute était bien involontaire. En effet, Littre, entré seulement à l'Académie en 1699, pouvait ignorer la découverte faite par Méry en 1684, et si brièvement mentionnée, de même que les descriptions données plus tard par Méry et qui, rassemblées par Perrault ou son successeur Du Verney, n'avaient pas encore été publiées. Mais les deux plus coupables étaient les deux secrétaires perpétuels de l'Académie des sciences. Du Hamel, dont Littre était l'élève, qui avait écrit l'histoire de l'Académie jusqu'en 1699, et qui devait par conséquent connaître les travaux de Méry, et Fontenelle qui, reprenant cette histoire depuis sa fondation, non seulement ne comprit pas plus que son prédécesseur l'importance de la découverte de son collègue, mais trouva tout naturel qu'on attribuât la priorité de cette découverte à son plagiaire.

Accuser Copwer de plagiat paraîtra peut-être excessif; mais malheureusement l'au-

très fortes et de longue durée. Ces eaux chlorurées sulfatées sont efficaces pour combattre la disposition goutteuse, et en même temps les pulvérisations sont un moyen de réaction locale très actif. Mais ce même traitement est beaucoup plus constamment efficace dans l'ezéma unguéal coexistant avec d'autres lésions eczémateuses cutanées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Pied-bot varus équin congénital; discussion. — Cure radicale des hernies congénitales (suite). — Ostéotomie pour un cal vicieux consécutif à une fracture du péroné par abduction. — Fracture exposée avec issue de la surface articulaire tibio-tarsienne; suture; guérison.

M. BERGER croit devoir présenter quelques réserves à propos des observations formulées par M. Polaillon à la dernière séance sur l'opération pratiquée par M. Duret pour un pied-bot varus équin congénital. Ce dernier avait fait au petit malade, âgé de 6 ans, l'ablation de l'astragale. M. Polaillon pensait que cette intervention avait été trop rapide et que l'on eût pu obtenir un résultat tout aussi satisfaisant par l'application prolongée d'appareils orthopédiques. D'une manière générale, M. Berger est d'un avis semblable, mais à côté de ces faits où le redressement par des appareils, plus ou moins aidé par des sections tendineuses, réussit, il en est d'autres qui résistent à tout traitement palliatif et dans lesquels l'intervention radicale doit être toujours la règle de conduite à tenir. A l'appui de cette opinion, il présente à la Société un enfant dont voici l'histoire. Possédant un double pied-bot varus équin congénital, il entra à la Charité en 1883; on pratiqua la section des deux tendons d'Achille et des deux aponévroses plantaires; un double appareil plâtré fut appliqué. Un redressement notable à droite, plus imparfait à gauche, fut immédiatement obtenu. M. Berger suivit attentivement son malade et au bout de deux ans constata qu'il n'obtiendrait aucun résultat de ce traitement. Le pied droit, en effet, était à peine redressé et du côté gauche l'amélioration était à peu près nulle. Au commencement de cette année, l'enfant est entré à Tenon; devant la nullité

---

teur anglais était déjà un peu coutumier du fait. Tout le monde sait, et M. Herpin n'a pas manqué de le rappeler dans sa notice, que deux années auparavant, en 1697, Cowper avait donné comme étant son œuvre personnelle, la traduction anglaise d'un traité d'anatomie publié en 1685 par Bidloo. « Celui-ci, rapporte Dezeimeris, d'après une réclamation de l'anatomiste hollandais (1), étant informé que Cowper travaillait à traduire en anglais son anatomie, lui en parla dans un voyage qu'il fit à Londres et lui offrir de lui communiquer diverses additions et plusieurs remarques qu'il avait faites depuis l'impression de cet ouvrage. Cowper lui affirma qu'il n'avait pas ce dessein, et qu'il n'entendait pas assez la langue latine pour l'entreprendre. Cependant il fit acheter des libraires de Hollande 300 exemplaires des planches de Bidloo, sur lesquelles il fit écrire à la main, avec beaucoup d'adresse, des lettres de renvoi; il y joignit neuf planches nouvelles, il traduisit le texte, en y faisant quelques corrections insignifiantes et plusieurs additions, et publia le tout sous son nom, se contentant de nommer en passant Bidloo dans la préface (2).

L'anatomiste hollandais réclama énergiquement, et, dans la brochure que nous venons de citer, démontra ses droits, qui furent pleinement reconnus; il obtint une satisfaction complète.

(1) *Gulielmus Cowper criminis litterarii citatus coram tribunali, nobilis ampliss. Soc. Britanno-Regiæ*, Leyde, 1700.

(2) Dezeimeris : *Dict. hist. de la médecine*, t. Ier, p. 398.

des bénéfices obtenus par deux ans de traitement orthopédique, après section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, M. Berger pratiqua l'extirpation de l'astragale. On peut constater aujourd'hui que la déviation en varus a disparu, mais qu'il reste des deux côtés une excavation à concavité interne, plus accentuée à gauche qu'à droite. Néanmoins, ce résultat, quoique encore imparfait, est bien supérieur à celui obtenu par le traitement suivi au début, et il est permis d'espérer que l'attitude du pied se corrigera peu à peu.

M. Trélat est absolument d'accord sur ce point avec M. Berger, à savoir que certains malades présentent des déformations tellement accentuées, qu'il est impossible d'obtenir leur guérison par les appareils orthopédiques. Mais où il est d'un avis opposé, c'est dans la nature de l'appareil à appliquer. M. Berger a fait la ténotomie, puis il a placé le pied de son malade dans un appareil plâtré. Or, ce moyen est insuffisant; ce qu'il faut, ce n'est pas une immobilisation absolue, c'est un redressement lent de la déformation. C'est pour obtenir cet effet qu'a été construit l'appareil par lui présenté à la Société l'an dernier. Il est essentiellement composé d'une semelle à charnière tenue en tonicité par un fort caoutchouc. Pour son compte, lorsqu'il se trouve en présence d'un pied-bot varus équin congénital, il pratique la ténotomie, enveloppe le pied dans de l'ouate pendant trois ou quatre jours et applique son appareil qui exerce une action puissante et constante. Il pense que, dans l'état où il se trouve actuellement, l'enfant présenté par M. Berger retirerait de grands bénéfices du port de cet appareil.

M. Reclus traite actuellement un malade dans des conditions analogues. C'est un jeune homme qui, enfant, avait été soigné à plusiers reprises pour un pied-bot équin varus, et chez lequel l'équinisme avait en partie disparu. En revanche, il y avait exagération de la déviation en varus. L'extirpation de l'astragale fut pratiquée; aujourd'hui, l'enfant marche, les fonctions sont revenues, mais le résulat obtenu est cependant incomplet; il existe encore une certaine incurvation du pied.

M. Terrillon a fait subir une opération semblable à celle de M. Berger à un enfant de 14 ans; il a enlevé les deux astragales sans ténotomie préalable. La déformation chez cet enfant était telle qu'il marchait ayant les pieds complètement renversés en dedans. La guérison est aujourd'hui parfaite.

M. Polaillon est d'avis que, dans tous les cas qui viennent d'être rapportés, on n'a pas suffisamment employé les véritables appareils à redressement; il a donc été im-

---

Cowper était donc capable de prendre à Méry sa découverte, s'il en avait eu connaissance. Mais ceci est à prouver. Or, les preuves ne manquent pas. En 1692, Méry fut envoyé à Londres en mission extraordinaire par la cour de France, pour un sujet toujours resté un mystère; il est très probable que Méry en 1692, comme Bidloo vers la même époque, s'est rencontré avec le plus célèbre des anatomistes anglais et qu'ils ont dû échanger leurs vues sur les points peu connus de l'anatomie. Quoi d'étonnant que les glandes de l'urèthre aient été un de ces points?

M. Herpin va même plus loin. Il rappelle qu'en 1698 un éminent médecin anglais, Martin Lister, visita le cabinet de Méry, examina ses préparations, et eut avec lui, à plusieurs reprises, de longues conversations sur divers sujets importants d'anatomie; et notre confrère émet l'idée que Lister pouvait avoir donné à Cowper quelques renseignements sur ce sujet (1). Ceci nous paraîtrait d'autant plus probable que Méry venait de décrire avec tant de minutie la gazelle mâle, et que dans sa description sont comprises les fameuses glandes.

Mais, quelles qu'aient été les relations directes ou indirectes de Méry et de Cowper,

---

(1) Cependant il n'en est fait aucune mention dans le livre de Martin Lister : *A Journey to Paris in* 1698. 2e édit. London 1699. Sa visite à Méry, rapportée à la page 64, fait allusion à des préparations de squelettes, de nerfs, de la dure-mère, du cœur de la tortue et du fœtus pour démontrer le trou ovale, le canal de communication, etc. Mais il n'y a rien au sujet de l'urèthre ni de ses glandes.

possible de juger ce qu'ils auraient pu donner. Ce mode de traitement a d'ailleurs été peu employé en France jusqu'à présent, et il serait bon d'étudier la question avec soin. Il est juste d'ajouter que cette méthode donne d'heureux résultats surtout chez les enfants encore jeunes. Plus tard, on doit avoir recours à la résection cunéiforme.

M. ANGER rappelle qu'un enfant qu'il a présenté il y a quelque temps déjà à la Société a aujourd'hui 17 ans, et marche parfaitement. Après avoir fait plusieurs fois la ténotomie, il avait employé des appareils à traction continue au moyen de forts liens de caoutchouc. Puis le pied fut soumis à des manipulations fréquentes pendant cinq ou six ans.

M. MONOD présentera à la prochaine séance un sujet de 15 ans chez lequel il a pratiqué l'extirpation de l'astragale.

— M. LE FORT reprend la discussion commencée sur la *cure radicale des hernies congénitales*. Depuis longtemps, la question est à l'étude, mais, jusqu'à présent, les espérances que l'on a conçues sont loin d'être réalisées. A une période de réaction a succédé une période d'engouement qu'il ne s'explique pas, et qui cédera certainement devant les faits. On a commencé par dire qu'il fallait opérer toutes les hernies congénitales; puis on a étendu cette pratique à toutes les hernies. M. Lucas-Championnière est même venu soutenir que la cure radicale était moins dangereuse que le bandage lui-même. Tout d'abord, il importe de bien établir que le mot « cure radicale » est employé à tort, car il n'y a pas cure radicale. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'il n'y eût pas de récidive, ou que la guérison fût permanente. Or, il n'en est pas ainsi, l'expérience de chaque jour fournit des faits à l'appui de cette opinion. La cure radicale est d'ailleurs depuis trop peu de temps entrée dans la pratique chirurgicale pour que l'on puisse affirmer d'une manière aussi catégorique qu'il n'y a ou qu'il n'y aura pas récidive; qui peut répondre que des malades opérés il y a un an ou deux ne verront pas leur hernie reparaître? De plus, chacun sait combien il est souvent difficile, parfois même impossible de suivre les malades, et personne ne peut être assuré que, parmi ceux qui échappent ainsi à l'observation, un certain nombre n'ont pas de récidive. Tout au plus pourrait-on substituer à cette expression de « cure radicale » celle de « cure chirurgicale ».

On vient dire que l'opération présente moins de dangers que le port du bandage. C'est là une opinion à laquelle M. Le Fort ne saurait souscrire. Il est bien évident que le port d'un bandage mal fait, ou celui d'un bandage bien conditionné, mais porté sans pré-

---

cela importe peu; la description imprimée des glandes bulbo-uréthrales lui appartient dès 1684, et cette description a été faite à nouveau, sans conteste, à deux reprises différentes, avant celle de Cowper; cela suffit bien pour assurer la priorité à Méry.

L.-H. PETIT.

TRAITEMENT DE L'OTORRHÉE. — Gottstein.

Dans le cas d'otite moyenne purulente, l'auteur recommande l'insufflation du calomel à la vapeur, l'oreille ayant été préalablement nettoyée au moyen d'une injection de sublimé à 1 pour mille. On sèche avec de l'ouate, et on insuffle. Le calomel ne provoque aucune irritation, et ne forme à la surface de la muqueuse aucun dépôt croûteux. Il agit probablement en se transformant en sublimé, au contact des chlorures qui existent dans le pus. — Si l'on constate un gonflement considérable de la muqueuse de la caisse, en même temps qu'une large perforation, on peut avantageusement recourir aux insufflations de poudre de calomel bien mélangée à du chlorure de sodium. Cette poudre est légèrement corrosive et produit, pendant quelques minutes seulement, une légère douleur.

N. G.

cautions, peut être une menace permanente d'étranglement. Et ces deux conditions sont souvent réunies chez les individus que l'on traite dans les hôpitaux. L'administration de l'Assistance publique fait fabriquer par adjudication, à des prix très bas, des bandages de mauvaise qualité; ils sont tous construits sur trois ou quatre types différents. Lorsque le malade vient consulter pour sa hernie, on lui donne un de ces bandages, qu'il applique mal et qui ne s'oppose pas à la sortie de sa hernie. Parfois même, il achète un bandage d'occasion chez un brocanteur. Dans de telles conditions, doit-on s'étonner que, malgré le port du bandage, il survienne des accidents? Malgaigne, qui avait fait une statistique très soignée des accidents herniaires, avait établi que, sur une moyenne de trois années, pour Paris, la fréquence des accidents d'étranglement était à peine de 2 p. 1,000. Cette proportion est encore bien moins considérable chez les personnes portant des bandages bien faits; chez elles, l'étranglement herniaire est exceptionnel. Il ne faut donc pas dire que la cure radicale est moins dangereuse que le port d'un bandage. Combien de chirurgiens, parmi ceux qui la conseillent pour les autres, se sont soumis à cette opération?

Il reste donc bien établi, pour M. Le Fort, qu'un bandage convenablement construit suffit parfaitement à assurer la guérison des hernies, et il s'élève contre cette tendance que l'on a actuellement à vouloir appliquer la cure radicale à toutes les hernies. M. Championnière dit que, sur 60 cas, il n'a pas un accident. Mais ce chiffre d'opérations est bien faible. Sait-il ce que l'avenir lui réserve?

Pour ce qui est de la cure des hernies chez l'enfant, M. Le Fort partage entièrement l'avis de M. Berger qui était aussi celui de Malgaigne. Doit-on, dans tous les cas, rejeter la cure radicale? Non, mais ses indications sont extrêmement restreintes. On peut et on doit l'employer, par exemple. dans le cas d'ectopie testiculaire, car il est évident que, dans de telles conditions, le bandage provoque des froissements douloureux; on doit même alors toujours pratiquer l'ablation du testicule.

M. Trélat a dit à la dernière séance qu'il admet l'opération lorsque la hernie n'est pas « complètement, constamment et facilement réductible ». Pour la première condition, M. Le Fort pense aussi qu'elle est une indication, mais seulement s'il y a une menace constante de complication, si la hernie renferme une épiplocèle volumineuse, par exemple. Dans ce cas, on transforme une hernie douloureuse et dangereuse en une hernie non douloureuse et n'offrant pas de menace de complication. Quant à la seconde condition, M. Le Fort ne se croit pas obligé d'opérer une hernie qui est parfois et pour quelque temps irréductible. Troisième condition, facilement réductible : cela dépend de la hernie, du bandage et aussi du chirurgien. Celui-ci, en effet, conseille trop souvent au malade de porter un bandage, sans lui indiquer ni la forme, ni la pression, conditions essentielles d'un bon bandage. M. Le Fort a toujours soin de prendre le moule de la région et il fait fabriquer le bandage sur des données extrêmement précises.

En résumé, pour la hernie de l'enfant, M. Le Fort croit qu'elle peut être guérie par le port du bandage; il repousse l'opération qu'il réserve aux seuls cas où il y a ectopie testiculaire.

Pour la hernie de l'adulte, il rejette la cure radicale, lorsque la hernie est simple, il ne l'accepte que dans les cas où il y a inflammation, augmentation de volume, ou bien lorsque les accidents seront plus dangereux que l'opération elle-même.

M. Trélat constate qu'un petit nombre de chirurgiens seulement a une tendance à opérer presque toutes les hernies pour obtenir la cure radicale. La plupart, au contraire, défendent la cure chirurgicale pour les hernies qui présentent des complications. Il est d'ailleurs certain que la règle qu'il a formulée à la dernière séance est aussi la règle du plus grand nombre de ses collègues.

Les hernies qui ne rentrent pas, au sens où M. Trélat le comprend, sont des hernies dangereuses : l'épiploon se glisse dans le sac herniaire et peut donner lieu à des accidents souvent mortels. Dans ces cas, la cure radicale étant une opération bénigne quant à son pronostic, il est bon d'y avoir recours.

M. Polaillon estime que M. Le Fort a été trop sévère pour la cure radicale. Il est, comme lui, convaincu qu'il ne faut la faire que dans les cas déterminés, mais ces cas

sont encore assez nombreux. Il peut y avoir des récidives, le fait est certain, et un cas récent lui en a fourni la preuve; un jeune homme, à qui il avait fait la cure radicale, fit son service militaire et ne porta plus de bandage; un jour, en montant à cheval, sa hernie se reproduisit. Ce cas prouve uniquement que l'opération ne peut donner d'assurance formelle contre la récidive, mais n'implique en rien que la cure radicale soit une mauvaise pratique.

M. Verneuil n'admet pas que l'on puisse appeler « cure radicale » une opération après laquelle il est indispensable de porter un bandage, sous peine de la voir revenir. Cure radicale veut dire *restitutio ad integrum;* or, il n'en est jamais ainsi. Les indications de l'intervention sont extrêmement restreintes, et ce n'est guère que lorsqu'il y a incoercibilité, douleurs ou menace continuelle d'étranglement, qu'il faut intervenir.

— M. Périer lit : 1° Un rapport sur un travail de M. Paul Regnier, ayant pour titre : *Ostéotomie pour cal vicieux consécutif à la fracture du péroné.* Dans les trois cas qui sont relatés, dans ce travail, on pratiqua l'ostéotomie du péroné et on redressa ensuite avec force. Les résultats ont été excellents.

2° Un rapport sur un travail de M. Houzel (de Boulogne) ayant pour titre : *Fracture exposée avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne; suture.* Il s'agit d'une femme qui s'était fait une fracture du péroné et de la malléole interne avec ouverture de l'articulation en tombant d'un escabeau. M. Houzel lava la plaie et sutura avec des fils d'argent bien antiseptiques, qui restèrent très longtemps dans la plaie sans provoquer le moindre accident.

— La séance est levée à cinq heures dix. — E. V.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le professeur Van Beneden vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences de Berlin.

— Le docteur Wagener est nommé professeur honoraire à l'Université de Marbourg.

— Le professeur Tappeiner est appelé à la chaire de pharmacologie de l'Université de Munich.

— Le docteur Pommer, privat docent, est chargé du cours d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine d'Innsbruck.

Nécrologie. — Est mort, à Leipzick, le docteur G.-Th. Fechner, professeur de physique à la Faculté de médecine.

Italie. — Le conseil supérieur de santé a été composé de la façon suivante par décret du 18 octobre dernier :

Le professeur Baccelli (de Rome), président; les autres membres sont : Moleschott, Mantegazza, Marchiafava, Bizzozero, Cantani, Corradi, Nocito, Cannizzaro, Carnelutti, Ratti, Oreste et Narzani.

Les membres nommés entrent en fonctions pour une durée de trois années.

— Le ministre de l'instruction publique vient d'ordonner la réouverture de l'Université de Palerme et des autres établissements d'enseignement. Cette décision a été prise en raison de la conviction où se trouvent les habitants de la disparition du choléra dans l'ouest de la Sicile. Les cimetières demeurent seuls fermés. On signale cependant encore quelques cas sporadiques de choléra, ce qui ferait penser que l'île n'est pas encore complètement délivrée du fléau qui l'a si durement éprouvée.

— On annonce qu'un cinquième membre titulaire va bientôt être adjoint aux quatre membres qui composent le comité impérial d'hygiène de Berlin. Ce nouveau membre serait chargé de la statistique médicale. — Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pour l'année scolaire 1887-1888, demeure composé comme suit : M. Brault, chef des travaux; MM. Chantemesse et Toupet, préparateurs ; MM. Widal, Marfan, Clado, Guinon et Nicole, moniteurs.

Le personnel du laboratoire de clinique des maladies des enfants est composé comme suit : M. Germont, préparateur d'anatomie pathologique ; M. Lhomme, préparateur de bactériologie ; M. Chautard, préparateur de chimie.

M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Imbert est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Rafin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. le docteur Blanc (E.-J.) est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (H.-E), dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Nancy. — Les derniers concours se sont terminés par les nominations suivantes :

Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit) : M. Licht.

Concours de l'internat : Ont été nommés : *internes titulaires* : MM. Yaté, Simon, Adam, Specker, Guirlet. — *Interne provisoire* : M. Manson.

Concours de l'externat : MM. Zumbiehl, Vigneron, Senique, Sancerotte, Dengler, Düffner, Thiébaut, Thomas, Pierrot, Sibut, Prautois.

École de médecine d'Amiens. — M. Lenté est nommé chef de clinique médicale ; — M. du Roselle est nommé chef de clinique chirurgicale ; — M. Boury est nommé chef de clinique obstétricale ; — M. Dhourdin, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Conseil municipal. — Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal de Paris a décidé que la subvention de 12,000 francs, annuellement accordée à la station physiologique dirigée par M. Marey, sera inscrite au budget de 1888.

A propos des secours à domicile et spécialement du service des accouchements, il a adopté l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil, considérant que le règlement d'administration publique concernant les secours à domicile, enlève au Conseil municipal tout contrôle et tout moyen d'action sur les commissions administratives, proteste contre ce règlement, invite M. le directeur de l'Assistance publique à exiger l'application immédiate de la délibération du 30 juillet 1887, concernant le service des accouchements à domicile, et passe à l'ordre du jour. »

Société de médecine de Paris. — Dans sa séance du 26 novembre, la Société de médecine de Paris, sur le rapport de M. Thevenot, a décerné le prix Duparcque, pour 1887, à M. le docteur Fernand Roux, pour son mémoire intitulé : *Des maladies par obstruction lymphatique.*

Le prix Duparcque pour 1889 sera donné au meilleur mémoire, *manuscrit* et *inédit*, sur un sujet quelconque de *Pathologie chirurgicale.* Les travaux devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, le 1er juin 1889.

Le prix sera de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Anatomie pathologique et complications de l'urémie.

(Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service).

Déjà, dans une série de leçons, nous avons longuement décrit l'empoisonnement urémique, dans son expression clinique habituelle. Nous nous sommes surtout attaché à mettre en relief les caractères des symptômes, à préciser la physionomie de chacun des accidents, afin d'en rendre le déterminisme plus rigoureux. C'est qu'en effet un brightique peut vomir, sous une autre influence qu'un trouble urémique ; il peut délirer sans qu'on soit en droit d'affirmer une folie toxique. La constatation du symptôme ne suffit pas ; seule, une analyse détaillée permet d'en établir la nature et d'en fixer l'identité.

Nous nous sommes également efforcé de réduire à leur valeur quelques phénomènes cliniques, attribués à tort à l'insuffisance rénale. En revanche, nous avons appelé l'attention sur d'autres manifestations, encore peu connues, l'*urémie bucco-pharyngée*, par exemple, et l'*aphasie urémique*.

Tous les désordres de l'urémie, on se le rappelle, se groupent naturellement en deux catégories : les troubles digestifs et les troubles nerveux. Cette division est irréductible, puisque ces deux ordres d'accidents relèvent d'une pathogénie distincte, et imposent une solution différente du problème thérapeutique ; elle est suffisante, car les accidents dyspnéiques, dont on a voulu former un groupe à part, se cadrent avec l'urémie nerveuse.

Ces divers désordres peuvent se succéder longtemps sans qu'on trouve, à l'autopsie, d'autres modifications que l'altération antérieure des reins. Mais, à la longue, le poison urémique engendre des lésions qui lui sont propres. Ce sont ces lésions secondaires du brightisme que nous allons aujourd'hui passer en revue, avec les complications qui en résultent.

Les lésions anatomiques de l'urémie, comme on peut aisément le prévoir, se localisent aux organes qui suppléent le rein dans son rôle d'excrétion. La dérivation qui s'essaie à leur niveau, après avoir provoqué de simples perturbations fonctionnelles, finit par les modifier plus ou moins profondément ; et, comme c'est la règle dans toutes les intoxications lentes, à une phase de désordres dynamiques succède la période des altérations matérielles.

C'est la muqueuse digestive qui subit au plus haut degré le contre-coup de l'insuffisance rénale. Après elle, viennent la surface bronchique, la peau, et les membranes séreuses qui servent aussi de larges surfaces d'exhalation.

1° *Tube digestif.* — L'estomac et le gros intestin sont les endroits le plus souvent et le plus fortement touchés.

Les altérations des premières voies digestives sont rares, comme l'urémie

bucco-pharyngée elle-même. La membrane muqueuse buccale est parfois épaissie, injectée, parsemée de sugillations; on a même noté de petites érosions superficielles, en coup d'ongle. Ce sont là des modifications trop contingentes et trop légères pour qu'on puisse leur accorder de l'importance.

Il n'en est pas de même pour l'estomac. La *gastrite urémique* existe incontestablement ; non seulement elle existe, mais elle est fréquente. Elle possède en propre des caractères assez tranchés pour qu'un œil exercé puisse deviner l'urémie au seul aspect d'un estomac.

A l'ouverture de l'organe, la muqueuse est cachée par un enduit grisâtre, épais, analogue à de la glu, visqueux et adhérent. Il ne se détache que difficilement par le lavage, et l'on est parfois forcé, pour l'enlever, de râcler avec le couteau la surface gastrique. Au-dessous de cet enduit, la membrane muqueuse apparaît rétractée, épaissie, fortement plissée, avec de profonds sillons séparant les replis saillants. Ces plis ne disparaissent pas par le lavage, ce qui témoigne de l'adhérence plus intime de la muqueuse à la couche celluleuse sous-jacente. La muqueuse n'est point ramollie ; sa consistance est plus faible ou normale. Sa coloration est pâle, gris-blanchâtre, avec quelques plaques ardoisées; les rougeurs hémorrhagiques et les arborisations vasculaires y sont d'ordinaire peu marquées. La lésion est uniformément étendue à la totalité de la surface muqueuse; toutefois, au niveau de la région pylorique, les plis sont moins accentués, mais en revanche on voit bien le pointillé saillant des glandes hypertrophiées qui forment un semis de points blancs perforés à leur centre.

Tel est, dans les cas typiques, l'aspect de la gastrite urémique. Il est assez frappant pour sauver l'observateur instruit d'une confusion avec une gastrite d'autre nature. Qu'on se rapporte au parallèle que j'ai fait ailleurs (1) entre la gastrite des buveurs et la gastrite urémique. Un certain nombre de caractères communs les rapprochent, ce sont : l'épaississement de la membrane muqueuse, la teinte grisâtre ou ardoisée de cette membrane, l'altération des glandules. Mais dans la gastrite alcoolique l'altération de la surface interne de l'estomac est ordinairement limitée à la région du cardia et à la petite courbure ; la membrane muqueuse est lisse, tapissée seulement d'une faible quantité de mucus, semée de plaques d'injections et de taches noires pigmentaires, la tendance à la diminution du calibre de l'estomac est moins marquée que dans la gastrique urémique; enfin, les ulcérations sont incomparablement plus fréquentes.

La gastrite urémique peut cependant s'accompagner d'ulcérations. J'en ai figuré un beau cas dans mon Atlas. Elles offrent pour trait distinctif d'être toujours superficielles, et sont, dans la majorité des cas, de simples érosions. Quelquefois allongées, elles se présentent le plus souvent sous forme de petites dépressions arrondies ou ovalaires, punctiformes ou en coup d'ongle. Leur fond est gris rougeâtre ; leur bord semble limité par un mince liseré hémorrhagique.

Cette année même un fait de gastrite urémique, avec ulcérations superficielles très nombreuses, s'est présenté à notre observation, et l'examen histologique nous a renseigné sur les procédés intimes de la lésion. Il s'agit de l'estomac d'une femme de 58 ans, qui occupait le n° 12 de la salle Lorain, et qui succomba à des accidents complexes d'insuffisance rénale et car-

(1) Voyez mon *Atlas d'anatomie pathologique.* Paris 1870, p. 15, pl. I, fig. 7.

diaque. Les poumons étaient emphysémateux et congestionnés, les cavités cardiaques dilatées et le myocarde altéré. Les reins étaient rétractés et représentaient le type de la néphrite interstitielle commune. Le lien habituel de ces diverses lésions ne faisait pas défaut, car le système artériel était pris dans son entier. L'estomac était petit et à-demi rempli d'un mucus ressemblant à une épaisse solution de colle forte. La muqueuse, débarrassée de cet enduit, apparaissait criblée de petites ulcérations variant de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, rondes ou ovales, quelques-unes allongées en forme de croissant. A leur niveau, la perte de substance est manifeste, mais ne paraît pas franchir les limites de la muqueuse. Les plus grandes sont bordées d'un piqueté hémorrhagique; leur fond est rougeâtre. Dans leur intervalle, la muqueuse est plissée, épaissie, plus intimement unie à la celluleuse. Sa coloration est grisâtre, et elle est fort peu injectée. Ajoutons que les ulcérations, en fort grand nombre, sont disséminées sans ordre apparent, et ne prédominent en aucune région. Le voisinage du pylore est relativement épargné.

L'examen histologique nous a révélé l'existence d'une véritable gastrite ulcéreuse, et la description de ce cas peut nous servir de type pour l'étude microscopique de la gastrite des brightiques. Sur des coupes perpendiculaires passant par une ulcération, les lésions varient et s'accentuent suivant qu'on s'approche davantage de la perte de substance.

A une certaine distance de l'ulcération, la muqueuse offre un premier degré de l'altération. Sa surface est occupée par une couche épaisse de cellules rondes, fortement colorées par les réactifs. Les mêmes éléments embryonnaires infiltrent, en petit nombre, les travées intertubulaires qui sont plus visibles, et dont beaucoup sont représentées par des tractus relativement épais de tissu conjonctif adulte. La portion sous-glandulaire du chorion muqueux, immédiatement au-dessus de la musculaire muqueuse, n'est pas modifiée, et les cellules lymphatiques n'y semblent guère plus nombreuses qu'à l'état normal. Dans les glandes, il reste à peine trace du revêtement cylindrique de leur partie supérieure, qui est bourrée d'éléments arrondis. A leur partie profonde au contraire, on reconnaît les cellules granuleuses à pepsine; mais elles tendent évidemment vers une involution régressive en cellules indifférentes; leur protoplasma est souvent réduit de volume, et celles qui gardent encore l'aspect normal sont mélangées à de petites cellules très colorées et à gros noyau. Quelques capillaires intertubulaires sont dilatés; mais la congestion est moyenne, et il n'y a nulle part trace d'extravasation hémorrhagique.

Au voisinage de l'ulcération, les lésions d'inflammation s'accentuent. La couche glandulaire a en quelque sorte disparu sous la poussée embryonnaire. Tubes et espaces interglandulaires sont également remplis de cellules rondes, c'est à peine si, dans la profondeur, on distingue encore çà et là quelques cellules pepsinifères modifiées. Au contact immédiat de l'ulcération, la zone sous-glandulaire présente des amas lymphatiques assez épais.

Quant à l'ulcération elle-même, elle repose sur la musculaire muqueuse, qui nulle part n'est entamée, et se montre seulement un peu épaissie.

Nous avons dit que des agglomérats cellulaires, analogues à des points lymphatiques, bordaient le fond de l'ulcération. Ces amas nous ont semblé quelquefois communiquer avec d'autres amas situés au delà de la musculaire muqueuse. Mais ce serait forcer les faits que de faire dépendre la

perte de substance de l'inflammation d'un follicule clos. En réalité, la description précédente montre bien qu'il s'agit, dans l'espèce, d'une gastrite diffuse, caractérisée à la fois par la régression des cellules glandulaires et par une infiltration embryonnaire. Les érosions se produisent aux points où cette inflammation est le plus vive.

Nous nous étions demandé si la dégradation graisseuse des épithéliums et leur nécrobiose n'entraient pas pour une part dans la production des ulcérations. Des préparations à l'acide osmique nous ont montré un petit nombre de granulations brunâtres, siégeant au niveau des culs-de sac glandulaires, et simplement dus à la coloration des granules peptiques de Nussbaum qui subsistent encore. La stéatose joue décidément ici un rôle presque toujours nul, et à coup sûr son importance n'est jamais comparable à celle qu'elle acquiert dans la gastrite alcoolique.

Les modifications anatomiques que nous avons étudiées dans l'estomac, se poursuivent dans l'*intestin grêle*, mais en s'atténuant.

Les trois formes d'hydrorrhée, de catarrhe chronique et de blennorrhée, distinguées par Treitz, ne sauraient s'appliquer à l'entérite urémique, qui est une et toujours identique, comme toute lésion dépendant d'une cause, toujours la même. En réalité, quand l'intestin grêle est atteint, il l'est à la façon de l'estomac, mais à un moindre degré. La muqueuse est épaissie, décolorée ou de teinte plombée, recouverte d'une couche adhérente de mucus gluant. Le sommet des villosités et le pourtour des orifices glandulaires est légèrement pigmenté. Quelquefois le calibre de l'intestin est réduit, par suite de la tuméfaction de sa membrane interne. Il n'y a pas d'ulcérations.

C'est dans le *gros intestin* que les lésions atteignent leur maximum. Dans un fait que j'ai rapporté et figuré ailleurs (1), la membrane muqueuse de la partie supérieure du rectum, épaissie, plissée, grisâtre ou ardoisée, injectée sur quelques points, présentait une éruption d'apparence furonculeuse caractérisée par des saillies en forme de tubercules. Le centre de ces saillies était recouvert par une eschare jaunâtre, tandis que la circonférence était le siège d'une injection des plus vives. Constituées par des éléments en voie de transformation graisseuse, ces eschares existaient dans une grande étendue du rectum, et se retrouvaient en moins grand nombre dans les côlons.

Dans d'autres cas que j'ai vus, à côté de ces sortes de furoncles, se montraient des cicatrices étoilées et pigmentées. Je n'ai jamais vu la perforation intestinale être la conséquence de pareilles pertes de substance. Il est possible, quoique nullement certain, que ces ulcérations dont le grand axe est le plus souvent longitudinal, se localisent au niveau des follicules clos de l'intestin.

2° *Bronches*. — La membrane muqueuse bronchique est une voie supplémentaire d'excrétion, infiniment moins active, dans l'urémie, que la muqueuse digestive. Aussi est-elle beaucoup moins exposée aux effets de la rétention des matériaux excrémentitiels.

L'existence de la bronchite est commune chez les urémiques, et quelques auteurs n'ont pas hésité à établir une liaison causale entre cette affection et l'urémie. D'après Lasègue, la bronchite peut être le premier symptôme perçu d'une albuminurie latente. Cette bronchite, qui aurait pour caractère

(1) *Atlas d'anatomie pathologique*, pl. III, fig. 5, et texte p. 22.

principal d'être mobile et passagère, se révèle cliniquement, d'après cet auteur, sous trois aspects différents. Une première forme, commune, serait caractérisée par des foyers de râles fins, très mobiles, par l'absence d'expectoration, et par des accès de dyspnée nocturne. Dans une seconde forme, plus sérieuse, il y aurait une expectoration sanglante pendant les crises, et une fixité plus grande des signes stéthoscopiques. Enfin une troisième forme, grave, s'élèverait aux proportions de la broncho-pneumonie (1).

Sans nier la bronchite urémique, nous croyons qu'il convient de ne pas en exagérer la fréquence. La forme commune, telle que la décrit Lasègue, avec ses crises d'oppression nocturne, sans expectoration et sans râles fixes, nous paraît se confondre avec le syndrôme étudié sous le nom d'*asthme urémique*. Cette dyspnée spasmodique, comme nous l'avons dit, est vraisemblement d'origine nerveuse, et ne semble pas subordonnée à une modification matérielle de l'appareil broncho-pulmonaire. Restent les deux autres formes. Or, de l'aveu de Lasègue, elles sont rares. En tout cas, il conviendrait de ne les diagnostiquer qu'après s'être assuré qu'il n'existe pas une lésion préalable du cœur ou des poumons, capable d'expliquer de tels phénomènes. Souvent, en effet, des lésions du myocarde, l'emphysème pulmonaire, la bronchite chronique sont des affections concomitantes de la néphrite artérielle, cause la plus habituelle des urémies lentes.

A l'autopsie des urémiques, on trouve d'ailleurs assez communément la muqueuse bronchique rouge, injectée, mais sans autres modifications bien définies. (*A suivre.*)

Réorganisation de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Je n'ai pas pris la parole à propos du premier article de M. le docteur Bouloumié sur le Corps de santé militaire, parce que notre honoré collaborateur émettait une opinion conforme, quant au fond, à la mienne en accordant qu'on pouvait demander que les deux juges externes, devant faire partie du concours d'agrégation, fussent tous deux du grade de principal, et que l'un des deux fût pris parmi les anciens agrégés.

Mais, après avoir lu le second article, il me semble nécessaire de rétablir quelques inexactitudes qui se sont glissées sous la plume de notre confrère, et de mettre surtout en relief un point qui ne ressort pas assez, à mon avis, de ses appréciations sur le récent décret de réorganisation de l'Ecole du Val-de-Grâce.

Je passe rapidement sur les inexactitudes : celle qui fait de M. Spillmann un professeur ayant occupé au Val-de-Grâce la chaire de médecine opératoire ; et celle qui donne à penser qu'il y a eu au Val-de-Grâce des démontrations d'anatomie *descriptive.* Mais ceci n'est peut-être qu'un *lapsus calami?*

Le fait que je veux mettre en relief et qui se perd au milieu des documents de ce second article est celui-ci :

Le décret de réorganisation du 26 novembre *supprime deux chaires à l'École du Val-de-Grâce; il élimine deux professeurs* arrivés par le concours, en facilitant l'accès à l'Ecole d'un surveillant des études et d'un professeur d'administration non agrégés.

Ce fait n'a pas besoin de commentaire. Il justifie les opinions que l'*Union médicale* avait d'abord émises.

Après cela, la discussion du décret qui mutile le Val-de-Grâce et décapite le Corps de santé, nous paraît oiseuse. Ce sera l'opinion de la presse médicale. C'est aussi celle du rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire,* dont nous transcrivons le dernier article à ce sujet. — Ch. S.

(1) Lasègue : *Archives générales de médecine*, 1879.

« *La désorganisation du Val-de-Grâce.* — Il nous paraît tout à fait inutile d'apprécier, plus inutile encore de reproduire le décret qui vient de modifier l'organisation du Val-de-Grâce. A quoi bon protester ici, alors que le conseil de perfectionnement de l'Ecole s'est élevé en vain et, à l'unanimité des membres qui le composent, contre les projets qui lui étaient soumis, alors que le comité de santé n'a pas même été consulté ?

« Laissons donc continuer la campagne entreprise depuis plusieurs années contre la seule Ecole de médecine militaire qui persiste aujourd'hui. Et puisque l'on cherche encore à l'amoindrir et à la désorganiser en introduisant dans la place un sous-directeur pris en dehors de l'enseignement (alors qu'il sera chargé de la direction des études) et un professeur d'administration qui, on l'espère bien, n'aura jamais concouru pour l'agrégation, laissons aux événements prochains le soin de justifier de trop faciles critiques.

« Dans l'exposé des motifs de ce nouveau décret, on a pris soin de comparer l'Ecole d'application *et de perfectionnement* du Val-de-Grâce aux Ecoles de Saint-Cyr et polytechnique. On serait tenté de poursuivre cette comparaison en demandant pourquoi l'on ne nomme point au Val-de-Grâce des professeurs *civils.* Mais pourquoi railler? ni les moqueries, ni les arguments sérieux ne sauraient prévaloir contre un parti pris aussi évident. Nous attendrons donc avec patience que, par une réaction inévitable, on vienne à comprendre la nécessité de rendre au Corps de santé son autorité scientifique et son prestige. C'est l'affaire de quelques mois et, dans quelques mois, ce malencontreux décret sera rapporté. Pourquoi, dès lors, en citer les deux articles? »

L. Lereboullet.

Je lis dans la *Gazette hebdomadaire,* sous les initiales de mon ami le docteur Lereboullet, quelques lignes précédées du titre : *Désorganisation du Val-de-Grâce.* Je ne veux pas, bien entendu, engager ici de polémique, surtout avec un ancien camarade de l'armée qui n'a certainement en vue, comme moi, en traitant les questions de médecine militaire, que de pousser celle-ci dans une voie où sa réputation et sa dignité ne puissent que grandir; je dirai seulement qu'il est bien difficile d'admettre que la direction ait eu en vue autre chose que l'amélioration du service dont elle est chargée, qu'elle n'ait pas, comme toutes les autres directions du ministère, la constante préoccupation d'être utile en même temps à l'armée et au corps qu'elle représente auprès du ministre, qu'elle oublie que le Val-de-Grâce a toujours été l'honneur de la médecine militaire et qu'elle cherche à le désorganiser de parti pris. J'avoue ne pas voir, dans les termes du décret, autre chose qu'une tendance à la transformation de l'Ecole du Val-de-Grâce en Ecole spéciale d'application, comme je l'ai dit déjà. S'il y a eu des intérêts lésés, c'est très regrettable, étant donné que ces intérêts seraient ceux d'hommes aussi sympathiques que distingués, mais il ne s'ensuit pas qu'on puisse dire que le conseil de perfectionnement de l'Ecole s'est élevé à l'unanimité contre ces projets (ce qu'il n'est guère possible de savoir), que le sous-directeur n'appartiendra pas au corps enseignant (il ne sera pas obligatoirement choisi parmi les membres du corps enseignant, mais c'est tout), que le professeur d'administration ne sera pas choisi parmi les agrégés (il n'est parlé que du premier titulaire, et cela parce que c'est une chaire nouvelle). Je crois donc, pour ma part, que les critiques formulées par le docteur Lereboullet sont fondées sur des craintes exagérées, et, sans tout louer dans ce qui a été fait, je crois que les intentions qui ont dicté cette réorganisation ne sont pas attaquables.

P. Bouloumié.

BIBLIOTHÈQUE

Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie, par MM. Dujardin-Beaumetz et P. Yvon. — Paris, O. Doin, 1887.

On a beaucoup médit des formulaires. Lasègue fit un jour une clinique sur ce sujet,

et sa conclusion fut que le meilleur ne vaut rien. Et cependant c'est une catégorie d'ouvrages qui est fort recherchée par les éditeurs; car ils se sont toujours bien vendus. Il faut donc qu'ils répondent à un besoin des médecins. Dès lors, il ne reste plus à désirer que de voir les formulaires faits par des maîtres éminents qui sachent en pallier autant que possible les inconvénients.

Dans cet ordre d'idées, on n'a pu que se réjouir en apprenant qu'il vient de paraître un nouveau Formulaire signé par M. Dujardin-Beaumetz, dont les publications sur la thérapeutique ont conquis sans réserve les faveurs du public médical, et par M. P. Yvon, dont la science en chimie et en pharmacologie est au-dessus de toute contestation.

Les auteurs, partant de ce principe qu'on ne lit pas un formulaire, mais qu'on le consulte, ont pensé rendre les recherches plus rapides en plaçant par ordre alphabétique toutes les matières, les lettres initiales des mots contenus dans chaque page étant placées en vedette en tête de celle-ci, comme dans les dictionnaires. Pour plus de commodité encore, les six parties dont se compose le Formulaire ont les tranches de leurs feuillets colorées différemment. Ces petits détails matériels ont de l'importance dans cette sorte de livres.

Les six parties sont intitulées : Formulaire pharmaceutique, Hygiène thérapeutique, Eaux minérales, Formulaire thérapeutique, Empoisonnements, Examen des urines. La seconde partie est la plus importante innovation et nous paraît devoir être d'autant plus appréciée des praticiens qu'il y trouveront condensés des renseignements précis sur la kinésithérapie, la climatothérapie, l'hydrothérapie et l'hygiène alimentaire. En s'assurant la collaboration de M. le docteur Bardet pour l'électrothérapie, de M. le docteur Léon Petit pour le massage et la balnéothérapie, les auteurs ont été bien inspirés.

Il n'y a plus à souhaiter un plein succès au Formulaire de MM. Dujardin-Beaumetz et et P. Yvon; il n'y a qu'à le constater, puisqu'on trouve déjà ce joli petit volume sur la table de la plupart des praticiens. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Etat du champ visuel dans les névroses et pendant la période menstruelle, par Finkelstein. (*The Lancet*, 4 juin 1887.) — D'un grand nombre d'observations réunies dans un ouvrage récemment paru, et recueillies dans la clinique des maladies nerveuses du professeur Merzheievsky (de Saint-Pétersbourg), il résulte que le champ visuel subit une notable diminution concentrique au moment de l'attaque d'épilepsie, d'hystérie, de *delirium tremens*, dans la neurasthénie et lors de la période menstruelle normale.

Dans l'épilepsie, c'est ordinairement la partie interne du champ visuel qui est le plus rétrécie. Cette diminution commence immédiatement avant l'accès, en même temps que se fait sentir la sensation prémonitoire de vertige, de céphalée, etc.

C'est cependant aussitôt après l'attaque que le rétrécissement est le plus marqué.

Le lendemain de l'accès, le champ visuel a toujours récupéré son étendue normale; jamais on n'a pu observer la persistance du rétrécissement au delà des vingt-quatre heures qui suivent l'attaque.

Quant au champ visuel chromatique, il subit diverses modifications anormales, la diminution est sensible surtout pour le vert, moindre pour le jaune et le rouge, moindre encore pour le bleu.

Le rétrécissement du champ visuel, observé pendant la période menstruelle, débute de un à trois jours avant l'apparition des règles; il atteint son acmé vers le troisième ou le quatrième jour de l'écoulement et revient graduellement à la normale vers le septième jour du début de la menstruation.

Le degré du rétrécissement est en rapport direct avec l'état général de la femme et la quantité de sang perdu. Contrairement à ce qui a lieu pour l'épilepsie, le champ visuel chromatique subit un rétrécissement uniforme, quelle que soit la couleur considérée.

L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Péan comme membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Péan prend place parmi ses collègues.

— M. le Secrétaire perpétuel lit deux lettres de MM. Terrier et Richelot destinées à rectifier certains chiffres contenus dans le rapport de M. le professeur Le Fort sur l'hystérectomie vaginale, lu à la dernière séance.

— M. Henri Roger dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Paillé (de Castres), intitulé : *Projet de constitution d'un bureau municipal d'hygiène.*

— M. H. Larrey présente, de la part de M. le docteur Léon Dufour, ex-médecin en chef de l'Hôpital militaire du Gros-Caillou, un ouvrage ayant pour titre : *Souvenirs d'un savant français à travers un siècle (1780-1805), science et histoire.*

— M. Péan offre en hommage une brochure intitulée : *Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs.*

— M. Lagneau présente un mémoire manuscrit intitulé : *Géographie médicale de la Creuse*, par M. le docteur Aubert, médecin-major de 1re classe.

— M. Léon Le Fort présente, de la part de M. le docteur Gripouilleau, de Montlouis (Indre-et-Loire), une note manuscrite sur un bras artificiel de son invention appliqué à une désarticulation de l'épaule.

— M. Verneuil présente : 1° de la part de M. le docteur Girerd, chef du service chirurgical de l'Hôpital central de Panama, une brochure intitulée : *Des manifestations du paludisme sur les organes génitaux de l'homme;* — 2° de la part de M. le professeur Barao de Saboia (de Rio-Janeiro), une série de leçons cliniques sur divers sujets de chirurgie.

— M. le Président a le regret d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Méhu, membre titulaire dans la section de pharmacie.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Marty donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Méhu.

— M. Albert Robin lit un travail intitulé : *L'antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications générales.*

« En résumé, dit l'auteur, l'action exercée par l'antipyrine sur les échanges lui fait reconnaître trois propriétés principales :

1° Elle agit directement sur le système nerveux dont elle modère l'excitabilité, non pas d'une manière purement dynamique, mais en agissant sur sa nutrition élémentaire.

2° Elle diminue la désintégration organique et abaisse plus encore les oxydations organiques, d'où la production d'un excès relatif d'acide urique et de matériaux extractifs azotés qui, comme on sait, sont moins solubles et partant plus difficilement éliminables que l'urée. Il est probable que cette influence sur la nutrition générale dépend immédiatement des effets de l'antipyrine sur le système nerveux, car les médicaments dépresseurs de l'activité nerveuse agissent presque tous dans le même sens.

3° L'antipyrine possède encore, comme propriété particulière, un pouvoir antiseptique assez marqué même à dose faible, et qui semble se manifester aussi bien dans l'organisme — et sans dommage pour lui — que dans les expériences de laboratoire.

Les indications thérapeutiques de l'antipyrine découlent naturellement de ce qui précède.

Puisqu'elle est un dépresseur de l'activité nerveuse, elle trouvera son emploi toutes les fois qu'il importera de modérer l'excitabilité nerveuse. Cette indication explique l'heureux emploi que M. Germain Sée vient d'en faire au traitement de la douleur, dans les céphalées, les migraines, les névralgies, sur lesquelles elle exerce réellement une action inhibitoire. Mais la douleur n'est pas la seule manifestation de l'hyperexcitabilité nerveuse, et il est nombre d'états morbides dans lesquels cette dernière intervient, soit à titre prépondérant, soit comme élément surajouté. C'est ainsi que l'antipyrine a pu impressionner certaines cardiopathies douloureuses et donner même des succès dans quelques cas d'angine de poitrine.

1° Rationnellement, elle doit être expérimentée dans tout un groupe de névroses.

2° Le rôle de l'antipyrine contre l'élévation de la température et, par conséquent, son emploi dans les fièvres, paraît à M. Albert Robin sinon terminé, du moins fortement compromis.

3° L'action antiseptique de l'antipyrine trouvera, sans nul doute, de nombreuses applications, puisqu'elle se manifeste à doses faibles, et partant peu nocives. Il est probable que les effets avantageux qui ont été obtenus aux périodes avancées de la phthisie pulmonaire reconnaissent comme origine cette double action du médicament sur les échanges et sur les fermentations. »

— M. VERNEUIL a dans son service deux opérés qui avaient été réduits, sous l'influence de la septicémie, à un état tellement grave qu'il les considérait comme absolument perdus; en deux ou trois jours, l'antipyrine donnée à la dose de 4 grammes par jour, 2 le matin et 2 le soir, a ramené à la normale la température générale, qui s'était élevée à 39, 40 et 41 degrés. L'état général est devenu depuis assez satisfaisant pour que M. Verneuil espère maintenant qu'ils pourront être sauvés.

— M. Auguste OLLIVIER communique un mémoire intitulé : *La pelade et l'Ecole.*

L'auteur rappelle qu'il y a déjà dix mois il a lu devant l'Académie un premier mémoire dans lequel il apportait des faits montrant la non-contagiosité de la pelade et insistait sur la nécessité de reviser les règlements administratifs qui excluent des établissements d'instruction publique les enfants et les jeunes gens atteints de cette affection.

Depuis cette époque il a recueilli de nouveaux faits qui sont tous en faveur de l'opinion qu'il soutient et dont quelques-uns ont la valeur de véritables expériences. Ces observations sont au nombre de 30.

A la suite de ces observations et comme conclusion de la discussion à laquelle il se livre sur les travaux publiés à ce sujet, M. Ollivier montre que, d'une part, les recherches micrographiques n'ont rien appris ; on n'a pu réussir à trouver ni champignons, ni microbes spécifiques ; d'autre part l'expérimentation sur les animaux a montré que l'on pouvait produire la pelade à la suite de sections nerveuses.

On a vu la maladie apparaître à la suite de perturbations nerveuses brusques, de chagrins violents, d'émotions inattendues, de grandes frayeurs. On l'a vue succéder à des maladies intéressant l'équilibre général du système nerveux, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la chorée, la migraine, des névralgies, la paralysie générale, etc. ; on l'a vue après des traumatismes. Ces observations ont la valeur d'expériences.

Les faits cliniques sont contradictoires relativement à la contagion. Il est certain que des peladeux n'ont pas communiqué leur affection aux personnes avec lesquelles ils couchaient.

D'autre part on a vu des cas dans lesquels le développement de la maladie était tel qu'il conduisait directement à l'idée d'une contagion.

Peut-être, dit M. Ollivier, existe-t-il, une affection du cuir chevelu distincte des teignes connues jusqu'à ce jour, présentant les caractères objectifs ordinaires de la pelade et produits par un parasite encore inconnu, autrement dit une peladoïde contagieuse. Quoi qu'il en soit, il lui paraît bien établi que la pelade non contagieuse est la règle et la peladoïde transmissible une très rare exception.

Examinant les conséquences hygiéniques à tirer, pour l'Ecole, de toutes ces données, l'auteur demande que les enfants ou jeunes gens atteints de cette maladie ne soient

pas, pour cette seule raison, exclus de l'école ou du lycée, mais que l'on examine avec soin chaque cas, et que l'on procède surtout à la constatation des caractères microscopiques de la maladie. Il demande, en outre, que l'Académie, qui renferme dans son sein tant de dermatologistes éminents, fasse de cette question de la contagion ou de la non-contagion de la pelade une discussion très approfondie, et, si elle le juge convenable, propose une nouvelle instruction, un nouveau règlement au sujet des peladeux.

A la suite de quelques courtes observations présentées par MM. Hardy, Bergeron et Cornil, la discussion sur la pelade est mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances.

— M. Cornil met sous les yeux de l'Académie une pièce pathologique constituée par une salpingite chronique hémorrhagique.

La tumeur a été enlevée par M. Terrillon, à l'aide de la laparotomie, le 4 novembre dernier. La malade n'a pas eu de fièvre un seul instant et va aussi bien que possible.

M. Panas communique un travail sur *les manifestations oculaires de la lèpre.* Elles sont très *fréquentes* chez les deux tiers ou trois quarts des lépreux, et souvent *graves*, aboutissant à la cécité.

Les plus graves sont celles qui s'attaquent à la cornée et à l'iris.

Elles se présentent aussi bien dans la forme anesthésique que dans la forme tuberculeuse de la maladie, mais surtout dans la dernière forme, où elles sont le plus compromettantes pour la vue.

Grâce à une intervention chirurgicale opportune, on arrive à sauver bien des yeux qui seraient condamnés sans cela.

En cas de tubercules lépreux de la cornée, l'*excision* profonde des tubercules constitue l'intervention la plus efficace.

L'iridectomie et la tarsorrhaphie trouvent leur application en cas d'iritis, de xérosis ou de lagophthalmie.

— M. Charles Monod présente, au nom de M. le docteur A. Ruault et au sien, une pièce pathologique constituée par un larynx cancéreux ou plus exactement atteint d'épithélioma de la corde vocale inférieure du côté droit et donne lecture d'une note intitulée : *Contribution à l'étude des indications de la thyrotomie et de la laryngotomie pour cancer du larynx.*

— La séance est levée à cinq heures.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

M. le professeur Quain (de Londres), qui vient de mourir, a laissé presque toute sa fortune, environ 2 millions, au collège de l'Université de Londres. (*Progrès médical*.)

— Le tribunal correctionnel de Carlsruhe a jugé ces jours derniers un hypnotiseur qui avait endormi un jeune homme de dix-neuf ans. Le tribunal a vu dans ce fait une atteinte individuelle et un cas de blessures corporelles par négligence. (*Progrès médical.*)

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 10 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes qui ont le plus contribué à la propagation de la vaccine, soit par leurs travaux spéciaux, soit par leur zèle à pratiquer les vaccinations et les revaccinations en 1886 :

Prix (de la valeur de 1500 fr.), partagé entre : MM. les docteurs Billot, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dellys ; Cazalas, médecin-major de première classe à Lons-le-Saulnier, et Jablonski, à Poitiers.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Massina, à Vernet-les-Bains, et Pujos, à Auch ; — MM. les médecins-majors Geschwind, à Nevers, et Pugibet, à Aïn-Béida.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Baudré, à Neubourg ; Berlingeri, à Bastia ; Bézaud, à Vaison ; Billot, à Corrèze ; Bouley, à Beaune ; Breinart, à Dunkerque ; Clédon, à Navarrenx ; Coiffier, au Puy ; Colard, à Ornans ; Cosmao-Duménez, à Pont-L'Abbé ; Congit, à Toulon ; Couture, à Condom ; Devillez, à Paris : Doisneau, à Laval ; Drouhet, à Melle ; Dupont, à Saint-Loup-sur-Sémouze ; Evesque, à la Motte-Chalançon ; Feyge, à la Chambre ; Fournac, à Marseille ; Friot, à Nancy ; Garnier, à Montriond ; Guézennec, à Tréguier ; Guinoiseau, à Saint-Dizier ; Jaubert, à Castiglione ; Malteste, à Ruffec ; Michel, à Cavaillon ; Nodet, au Chambon ; Pilat, à Lille ; Pilven, à Landivisiau ; Sapin, à Poule ; Simonin, à Lure ; Terver, à Ecully ; Thoizon, à Souppes ; Tixier, à Liancourt ; Tuefferd, à Montbéliard ; Valette, à Cahors ; Villeneuve, à Lexor ; et de Welling, à Rouen.

MM. les médecins-majors André, à Rouen ; Aubertin, à Belfort ; Forgues, à Châlons ; Gerbault, à Rambouillet ; Legagneur, à Pont-Saint-Esprit ; Mackiewicz, à Toul ; Rouire, à Sens, et Sollaud, à Cherbourg.

MM. les officiers de santé Arrepaux, à Arrens ; Bergeral, à Neuilly-le-Réal ; Panco, à Vinça ; Plonquet, à Ay, et Rodon, à Ouzouer-sur-Trézée.

M. le médecin-pharmacien Roubaud, à Marseille.

Mmes les sages-femmes Astruc, à Fournels ; Aubard, veuve Maréchal, à Argenton ; Bailly, femme Romand, à Saint-Amour ; Béihune, née Touzard, à Roz-sur-Couesnon ; Bisson, à Lisieux ; Briône, femme Leclerc, à Alençon ; Carpentier-Camatte, à Maubeuge ; Castan, veuve Julien, à Murat ; Caumel, à Monflanquin ; Charlon, à Issoudun ; Coste, à Nîmes ; Degenne, à Arcis-le-Ponsart ; Delauney, à Cormeilles ; Desplanques-Dumoulin, à Tourcoing ; Deverdun, à Auxerre ; Dinard, à Bourges ; Dreux, à Mézières ; Fauvet, à Chambon ; Forino, à Gentilly ; Fossé, à Amiens ; Genet, à Champagne ; Germond, à Vibraye ; Hannion-Burtaux, à Saint-Dizier ; Huguin, à Essonnes ; Lacroix, à Saint-Just-des-Marais ; Lainé, à Troyes ; Lambert, née Simon, à Romorantin ; Larraye, à Cabannes ; veuve Laspeyres, à Lavardac ; Leroy, à Grand-Lucé ; Marande, femme Frich, à Saint-Dié ; Marlot, à Montchanin-les-Mines ; Médicis, à Saint-Jean-de-Mont ; Mepper-Rimette, à Douai ; Moreau, à Tours ; Naizin, à Vannes ; Pain, à Poitiers ; Palat, à Alais ; veuve Paris, à Tulle ; Payerne, à Cherbourg ; Ribier, à Saint-Vallier ; Roffiac, à Aumont ; Sire, à Chatellerault ; Soustre, à Mauriac ; Spazzi, à Hagetmau ; Suty, à Bar-le-Duc, et Tarraube, à Tonneins.

— Une médaille d'argent de première classe vient d'être accordée à M. Girard, chef du laboratoire de chimie à la Préfecture de police, pour sa belle conduite dans plusieurs circonstances ; a notamment, le 18 octobre 1887, sauvé, dans les conditions les plus périlleuses, une femme sur le point d'être asphyxiée dans une maison incendiée.

— M. le docteur du Mesnil, médecin de l'Asile de Vincennes, est nommé secrétaire du Bureau central météorologique de France.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Sicard, professeur de zoologie, est nommé doyen.

École de médecine de Reims. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : médaille d'argent, M. Gosset ; médaille de bronze, M. Prioux ; — deuxième année : médaille de bronze, M. Isidor ; mention honorable, M. Roussel ; — troisième année : médaille d'argent, M. Michel ; mention honorable, M. Béreaux.

Officiat de santé. — Deuxième année : mention honorable, M. Mouflier ; — troisième année : médaille d'argent, M. Philippoteaux.

Prix Simon-Tarbé : M. Michel.

Pharmacie. — Première année : médaille de bronze, M. Breton.

Travaux pratiques. — Première année : médaille de bronze, M. Breton ; — deuxième année : médaille de bronze, M. Cauche. — Chimie et micrographie : troisième année : médaille d'argent, M. Jénot ; médaille de bronze, MM. Raquin et Martin ; mention honorable, M. Laforest.

Prix Duquenelle : M. Jénot.

Souscription Daviel. — Souscription pour l'érection d'un monument à Jacques Daviel. (Suite).

Report	1.880
MM. Parent	20 fr.
Martin (de Bordeaux)	20
Landolt	20
Parinaud	20
Toledano	5
Tasquez	20
Bertrand	10
Haenselt	10
Reusydeiso	5
Haltenhoff (de Genève)	20
Chevallereau	20
Boucheron	20
Dor (de Lyon	40
Grandclément (*id.*)	10
Darin	5
Jocqs	5
Jiemenski (de Varsovie)	5
Ganpillat (de Troyes)	10
Fontan (de Toulon)	10
Eliorberg	5
Coroume	10
Rogman	5
Dehenne	20
Vacher (d'Orléans)	10
Valude	10
Huber	10
Debierre	5
Despagnet	5
Cordeon	5
Maréchal	20
Maurice Perrin	20
Léon Labbé	20
Trélat	20
Total	2.330 (*A suivre.*)

Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur A. Brun, 23, rue d'Aumale.

Société de médecine de Paris : Séance du 10 décembre 1887. — *Ordre du jour* : 1. Election du bureau pour 1888. — 2. M. de Beauvais : Rapport sur la candidature de M. Martin à l'honorariat. — 3. M. Bouloumié : Traitement des glycosuries et diabètes. (Suite). — 4. M. Coignard : Diabète. Médicaments. Médication. — 5. M. Desnos : Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la vessie (sans sonde). — 6. M. Luc : Tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme. — 7. M. Bergeron : Quelques mots sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans la tuberculose.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Le microbe du cancer.

Depuis qu'il est démontré que le cancer peut se greffer dans certaines conditions, on a pensé qu'il pourrait être d'origine microbienne, et MM. Davaine et Laboulbène, dans l'article Parasites du *Dictionnaire encyclopédique,* puis MM. Cornil et Babès, dans la seconde édition de leur ouvrage sur les bactéries, écrivaient : « Peut-être, dans un avenir prochain, trouvera-t-on des micro-organismes dans les tumeurs cancéreuses et sarcomateuses. »

Ces micro-organismes ont été décrits depuis lors par trois auteurs. Bien que la plupart des journaux qui ont traité cette question dans ces deux ou trois dernières semaines semblent croire que cette découverte a été faite par un médecin allemand, M. Scheurlen, nous sommes heureux de la revendiquer pour un de nos compatriotes, M. le docteur G. Rappin (de Nantes).

M. Rappin, qui a écrit en 1881 une bonne thèse sur les bactéries de la cavité buccale, a continué depuis ses études sur les microbes et a toute la compétence désirable à cet égard. Il a communiqué les premiers résultats de ses recherches sur les micro-organismes du cancer à la Société d'anatomie de la Loire-Inférieure, et les a publiés dans la *Gazette médicale de Nantes* en mai et août 1886. Des résultats plus complets, envoyés à l'Académie de médecine le 8 janvier et le 25 février 1887, ont été résumés dans une brochure publiée à Nantes à la fin de février, et intitulée : *Re-*

FEUILLETON

CHRONIQUE

Microbes nouveaux et anciens. — Les Ecoles fantaisistes de médecine aux Etats-Unis.

On n'entend parler que de nouvelles découvertes relatives aux microbes. Depuis deux mois environ, les journaux ne parlent que de cela.

Dans la salive, M. Vignal a trouvé les staphylocoques et les bacilles d'une foule d'affections qui séjournent là comme en réserve, attendant le moment favorable pour pénétrer dans l'organisme à la faveur d'une solution de continuité de la muqueuse ou de la peau. Les microbes pyogènes surtout sont très abondants.

Un auteur allemand, malgré son nom italien, M. Biondi, en a trouvé de son côté, dans la même salive, qui possèdent des propriétés toxiques formidables sur les souris et les cobayes, que ces microbes tuent avec rapidité; ce sont toujours des microbes pyogènes, et celui de l'érysipèle s'y rencontre également.

La présence de ces microbes dans la salive peut expliquer, dit la *Revue scientifique*, la production de certaines complications qui apparaissent dans le cours des maladies infectieuses. Qu'une porte d'entrée leur soit ouverte, à travers le tégument interne ou externe, que la résistance de l'organisme vienne à diminuer par suite d'une maladie, que l'activité de ces microbes se trouve augmentée sous l'inflence de conditions physico-chi-

cherches sur l'étiologie des tumeurs malignes. — J'insiste sur ces dates, importantes au point de vue de la priorité.

Dans cette brochure, M. Rappin donne d'abord l'exposé de ses recherches sur les carcinomes et les sarcomes; puis les résultats de cultures comparatives de tumeurs bénignes et de tissus normaux; enfin, il discute les faits observés et donne les conclusions qu'il est permis d'en tirer. Au microscope, il a trouvé, dans un épithélioma de la lèvre inférieure, dans un fibro-sarcome de la mamelle, dans un carcinome du même organe, etc., en tout 16 tumeurs, dont 5 carcinomes, 8 épithéliomes, et 3 sarcomes, — il a trouvé, dis-je, soit dans les cellules, soit dans le suc même, des granulations isolées ou doubles, offrant les réactions caractéristiques des bactéries, c'est-à-dire résistant aux acides, à l'action de l'éther, et se colorant bien par les couleurs d'aniline. Ces granulations étaient des microcoques simples ou réunis en deux points, et animés de mouvements.

Il appliqua alors à leur culture le procédé qui servit à R. Koch pour étudier le *bacillus anthracis*, c'est-à-dire qu'il employa comme milieu l'humeur aqueuse, et réussit ainsi à obtenir des cultures pures de diplocoques. Cultivées dans des tubes ou ballons, ensemencés en s'entourant de toutes les précautions exigées dans ces expériences, ces bactéries ont donné naissance à des colonies d'un diplocoque toujours le même. Ce diplocoque, du genre micrococcus, mesure 1 μ à 1 μ 5 de long, et paraît se rapprocher beaucoup, par sa morphologie, d'un microcoque que l'on rencontre dans les suppurations et dans quelques autres processus; la partie intermédiaire aux deux points n'est pas toujours située dans leur axe même; on se demande si ces deux points ne sont pas réunis par une sorte de petit arceau à convexité inférieure, et alors, n'apercevant que les deux extrémités arrondies de la bactérie, celle-ci se présenterait sous l'apparence de deux petites sphères juxtaposées.

M. Scheurlen, qui a pris comme liquide nourricier la sérosité d'un épanchement pleurétique, d'une hydrocèle ou d'une ascite, et a cultivé également ses microbes d'après les procédés de Koch, a trouvé non des bactéries,

---

miques encore mal connues, et ces micro-parasites exerceront leur action pathogène concurremment avec ceux qui ont primitivement attaqué l'organisme. Ainsi seraient expliquées ces associations microbiennes, cette recrudescence des maladies, ces rechutes et ces récidives dont la fréquence est constatée depuis que les recherches microbiologiques vont se multipliant et se perfectionnant.

Mais voici le *béribéri* qui est classé également dans les affections microbiennes. Une mission chargée d'étudier la nature de cette maladie au cours d'une épidémie qui s'est montrée dans l'île de Sumatra a trouvé dans le sang des malades des cocci et des bacilles de dimensions variables, avec toutes les formes intermédiaires entre ces deux espèces de schizomycètes. Des cultures pures de ces cocci ont donné le béribéri à des lapins inoculés; d'autres l'ont contracté en séjournant dans des locaux arrosés avec du bouillon de culture, ou en respirant de l'air provenant d'une caserne infectée. Contrairement aux notions classiques ayant cours, le béribéri serait donc contagieux; mais cette contagion serait très lente, et il faudrait séjourner longtemps dans un foyer infecté pour contracter la maladie. Les mesures hygiéniques (désinfection des maisons et des baraquements contaminés) ont d'ailleurs donné d'excellents résultats en arrêtant l'épidémie.

Une autre affection, signalée chez les chiffonniers, a été étudiée avec toutes les méthodes perfectionnées de la bactériologie, et déclarée microbienne par deux médecins italiens, MM. Foà et Bonome. Cette *maladie des chiffonniers*, comme on l'appelle, est

mais des bacilles, longs de 1 μ 5 à 2 μ 5 et larges de 0 μ 5, et, à côté, d'autres corps presque de la même longueur, mais ovoïdes, mobiles, comme les bacilles; « ceux-ci, dit-il, ne se colorent qu'à leurs extrémités. » Il a trouvé aussi des spores larges de 0,8 μ et longues de 1 μ 5, plates, ellipsoïdes, se colorant d'une manière qui n'est pas toujours uniforme.

Ces microbes ont donc la plus grande analogie avec ceux que M. Rappin a décrits il y a un an; ils ne diffèrent que par un détail : les uns seraient des bacilles, les autres des diplocoques. Mais M. Rappin, qui a bien voulu nous écrire à ce sujet, nous dit, à la date du 7 décembre : « Je persiste à regarder la bactérie que j'ai trouvée dans les tumeurs malignes comme un diplocoque, plus ou moins régulier évidemment, mais c'est un diplocoque, comme j'ai pu m'en assurer dans des observations plus récentes avec un grossissement de 1,500 D. Les deux petites sphères sont quelquefois plus ou moins régulières, mais le trait d'union est bien tel que je l'ai indiqué dans ma brochure. De plus, ce trait d'union ne se colore pas; c'est ce qui a fait dire au docteur Scheurlen que le bacille ne se colore qu'à ses deux extrémités. » Ainsi s'expliquerait la différence qui existe dans les descriptions de M. Rappin et de M. Scheurlen.

Comme l'observateur allemand, notre compatriote a cultivé ses microbes de diverses manières : dans des tubes, à l'étuve; sur l'agar-agar; dans la gélatine; sur le sérum gélatinisé, enfin dans le bouillon stérilisé. — Comme lui, M. Rappin a étudié ces microbes dans les coupes par la méthode de Gram et les a trouvés surtout nombreux dans les cellules carcinomateuses contenues dans les alvéoles mêmes; — comme lui, il a fait des inoculations avec les cultures dans le bouillon stérilisé et dans la gélatine, et, dans un seul cas, il a obtenu un résultat positif : chez un lapin mort de cachexie trois mois après l'expérience, et présentant au voisinage du point inoculé des nodosités reconnues plus tard par l'examen microscopique, par les colorations et par les cultures, comme cancéreuses (communication écrite), de même que de petites ulcérations survenues en différents points de la

une sorte d'infection putride spéciale, sans symptômes bien saillants, mais présentant une infiltration hémorrhagique étendue et intense de toutes les tuniques intestinales, ainsi que des viscères abdominaux. Les cultures pratiquées avec le parenchyme de ces organes et avec le sang ont toutes donné un bacille de dimensions doubles de celui de la tuberculose reconnu par les auteurs pour être le *proteus vulgaris* de Hauser. L'inoculation de ces cultures à des batraciens et à des mammifères de différentes espèces a produit la mort de ces animaux avec tous les symptômes de l'infection putride et les viscères de ces animaux ont régulièrement offert l'infiltration hémorrhagique. La nature infectieuse de la maladie est donc démontrée. Mais on a voulu chercher d'autre part quel rôle jouaient les chiffons dans sa pathogénie; et pour cela on a pratiqué des cultures avec des chiffons et de la poussière de chiffons et on y a précisément retrouvé un bacille protéiforme extrêmement virulent. Ainsi s'expliquerait la fréquence, parmi les chiffonniers et les ouvriers des fabriques de papier qui travaillent les chiffons, de l'affection désignée sous le nom de *charbon interne* et qui ne serait très probablement que celle décrite par MM. Foà et Bonome.

La désinfection des chiffons, comme mesure prophylactique, s'impose donc actuellement, et M. A.-J. Martin a communiqué au récent Congrès de Vienne un moyen simple et pratique de la mettre à exécution. Il suffit d'ouvrir les balles de chiffons, d'écarter ceux-ci à l'aide de morceaux de bois, de façon à les diviser par tranches de 12 à 15 centimètres d'épaisseur et de les soumettre à l'action de la vapeur sous pression, dans les étuves de MM. Geneste et Herscher, pendant une vingtaine de minutes.

surface cutanée, de petites granulations dans le foie, et deux ganglions mésentériques.

Des particules de ces organes transportées dans des tubes ont donné des cultures pures du même diplococcus.

M. Scheurlen n'a donc trouvé rien de plus que M. Rappin. Il a même fait moins que lui, car M. Rappin a contrôlé ses recherches à l'aide d'autres recherches faites sur des tumeurs non cancéreuses et a trouvé des résultats différents; il a de plus posé une autre question très importante au point de vue pratique, celle de savoir s'il n'existerait pas entre le principe infectieux qui constitue le caractère de malignité de certaines tumeurs et les leucomaïnes, une analogie qui permettrait de trouver un composé qui, neutralisant ce principe, constituerait peut-être le spécifique de ces tumeurs.

D'autre part, M. Domingos Freire ayant recherché le microbe du cancer dans le sang, y a trouvé des masses zoogléiques qui, cultivées, ont donné naissance à des bacilles de 0 μ 011 de longueur sur 0,002 μ de largeur, arrondis à leur bout, très mobiles, assez semblables aux bacilles de la fièvre typhoïde, et en outre des spores et des zooglées. Il en conclut que ce microbe passe par deux phases d'évolution, dont la première est représentée par des microcoques réunis en zooglées, et dont la seconde, la plus avancée, est représentée par des bacilles. Des inoculations de liquide de culture à des animaux ont reproduit des tumeurs cancéreuses. (*Revue scientifique* du 5 mars 1887, p. 316.)

Les microbes trouvés par M. Domingos Freire ne diffèrent donc pas beaucoup de ceux décrits avant lui par M. Rappin et après lui par M. Scheurlen. Pour M. Rappin, en effet, le microbe est composé de deux parties arrondies, réunies par un trait, dont les extrémités se colorent, mais non le milieu; pour M. Scheurlen, c'est un corps à extrémités arrondies et se colorant, alors que la partie intermédiaire ne se colore pas; pour M. Domingos Freire, le microbe est formé primitivement de deux parties ou spores qui, se réunissant, forment un bacille arrondi à ses extrémités. En

---

La *stomatite aphtheuse* paraît aussi avoir des relations intimes avec le microbisme; sa source serait dans l'espèce bovine. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on accuse le lait d'être l'agent de transmission de la maladie; car, dès 1764, Sagar avait émis cette opinion. Mais les faits les plus intéressants à connaître sont ceux qui paraissent établir nettement la contagion des animaux à l'homme et réciproquement. M. le docteur Th. David en a réuni 27 cas; il note, en autres, la coïncidence des épidémies de stomatite aphtheuse avec les épizooties de fièvre aphtheuse, et rapporte enfin le fait très probant de transmission expérimentale obtenue en 1834 par trois vétérinaires allemands qui, ayant bu volontairement du lait fraîchement trait et encore chaud, venant de vaches souffrant depuis six à huit jours de fièvre aphtheuse grave, furent pris les jours suivants de fièvre bientôt suivie d'une éruption de vésicules sur la face interne des joues et des lèvres, et même généralisée aux mains chez deux des expérimentateurs.

Le seul moyen d'éviter la contagion de cette maladie est évidemment, comme pour la tuberculose, de faire bouillir le lait. Mais la crème et les fromages restent dangereux, et il serait à souhaiter qu'on pût interdire l'emploi et la vente du lait des vaches atteintes de cocotte. En effet, la fièvre aphtheuse est loin d'être toujours une maladie insignifiante. Parmi les 27 observations qu'il a rapportées, M. David a noté un cas de mort par gangrène de la bouche, deux autres cas à la suite de développement d'aphthes dans l'estomac et dans l'intestin, et, dans les villes surtout, chaque année un certain nombre d'enfants meurent dans les mêmes conditions.

somme, ce microbe a l'aspect de deux corps arrondis réunis par une partie rétrécie, et a les mêmes dimensions, à peu près, dans les trois cas. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour contrôler ces premiers résultats obtenus par des expérimentateurs observant dans des pays différents. Pour le moment, nous devons nous contenter d'exposer l'état de la questien et de bien établir les droits de chacun, pour mettre la science française à l'abri d'une de ces réimportations d'origine allemande trop fréquentes dans l'histoire des sciences. — L.-H. PETIT.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Etude clinique sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par le docteur RIVIÈRE, chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux. (*Annales de gynécologie*, août, septembre.) — Dans cette étude couronnée par la Société protectrice de l'enfance de Paris, le docteur Rivière étudie d'abord les sources de contagion. Quoi qu'en aient pensé Velpeau et Vidal, la contagion peut se faire au passage puisque Olshausen a pu abaisser considérablement la proportion des ophthalmies en pratiquant la désinfection des yeux au moment où la tête sortait de la vulve. Puisque la proportion des ophthalmies a été diminuée, c'est que la contamination se fait au passage et non pas seulement après la naissance. En admettant même que la fœtus ne puisse ouvrir les yeux en traversant le vagin, les gonococcus peuvent se déposer à la surface des paupières et sur leur bord libre.

La contagion peut se faire après la naissance, pendant la première toilette. Pour M. Rivière, les nouveau-nés, que les instillations préventives d'Olshausen n'avaient pas mis à l'abri, ont été probablement contaminés de cette façon.

Qu'il y ait dans une salle de maternité un seul enfant atteint d'ophthalmie purulente et il devient, si on n'y prend garde, un foyer d'épidémie.

Les objets de toilette, les objets de literie, sont une source de contagion.

L'ophthalmie débute d'ordinaire le troisième jour. Le premier phénomène qui frappe l'attention est le gonflement des paupières. Le pus apparaît rapidement et se reproduit

---

M. Foà, dont nous venons de citer les travaux sur la maladie des chiffonniers, a trouvé encore, avec M. Bordoni-Ufreduzzi, le microbe de la méningite cérébro-spinale. Ce microbe, appelé naturellement *meningococcus*, serait le même que celui que Steinberg a obtenu par des cultures de la salive, et que Fraenkel a décrit comme étant le microbe de la pneumonie. Cette analogie avec le pneumocoque est encore augmentée, par ce fait que sa culture dans certaines conditions en fait un virus atténué dont l'inoculation produit une inflammation nodulaire simulant la tuberculose. Les auteurs pensent même qu'il existe chez l'homme une pseudo-tuberculose produite par ce microbe. Dès lors ne serait-on pas autorisé à supposer que ce méningocoque n'est que le pneumocoque, surtout après les recherches de M. Netter, qui a trouvé ce microbe dans les méningites qui accompagnent la pneumonie infectieuse.

Par contre, voici l'*ulcère du Tonkin* ou *plaie annamite*, que certains auteurs considèrent comme d'origine microbienne, qui sortirait du cadre des affections produites par les microbes. En effet, M. Nimier vient de démontrer que cette affection est due à l'influence du mauvais état général du sujet, qui transforme les écorchures les plus simples en ulcérations à marche très lente et rebelles au traitement. Dans la première marche en colonne sur Bac-Ninh, M. Nimier a pu suivre à l'ambulance 20 malades atteints pour des causes diverses d'excoriations aux pieds; celles-ci n'offraient rien de particulier. A Hong-Hoa, au contraire, les mêmes plaies, observées sur 37 malades, présentaient un cachet spécial, et il est incontestable que, dans cette deuxième expédition, tous les

avec abondance et sans relâche. Il peut jaillir à grande distance au moment où on ouvre les paupières. Si les accidents ne sont pas rapidement conjurés, la conjonctive oculaire se prend à son tour et forme un chémosis considérable. Puis la cornée s'enflamme; il s'y forme des taches opalines, point de départ d'opacités, ou si la maladie suit un libre cours, d'ulcérations qui finissent par perforer la cornée; la cécité est irrémédiable, la fonte purulente ayant atteint l'œil même, qui se vide.

L'adulte éprouve de vives douleurs que l'enfant traduit peut être par des cris, car l'ophthalmie contractée par un jeune enfant ou par un adulte est infiniment plus grave que celle des nouveau-nés, ce que M. Galezowski attribue à la densité plus grande des tissus péricornéens, qui s'étranglent et se sphacèlent plus aisément.

Quand l'affection se termine favorablement, l'œdème diminue peu à peu, le renversement des paupières est plus aisé, la sécrétion devient peu à peu moins consistante, et tout se termine par un écoulemeut séreux.

Telle est la symptomatologie rapidement esquissée. Existe-t-il deux formes d'ophthalmie purulente, l'une grave, l'autre bénigne, comme Kroner le croyait et comme le pense M. Abadie, qui croit que le gononoccus de Neisser manque dans la seconde forme, véritable conjonctivite catarrhale, dont la terminaison est presque toujours favorable, même traitée par les moyens les plus anodins, tandis que la première forme est grave d'emblée? Jamais on ne trouverait le gonococcus dans la conjonctivite catarrhale simple.

M. Rivière croit à ces deux formes; mais, pour lui, c'est le terrain et non la nature du mal qui diffère. Le gonococcus se trouve dans les deux cas; mais, dans le premier, il pullule peu. Sa multiplication, d'après M. Bumen, dépendrait de la quantité de sécrétion. M. Galezowski considère comme dangereux d'établir une division clinique des formes d'ophthalmie purulente, car elle encourage une thérapeutique insuffisante dont les conséquences sont terribles.

Le pronostic de l'ophthalmie est variable suivant la marche des accidents. *Tant que la conjonctive est seule atteinte, tant que la cornée est saine, on peut, par un traitement énergique, répondre de l'issue favorable de l'affection.* Lorsque la cornée est envahie, le pronostic s'aggrave. Si le patient ne devient pas aveugle, il a du moins bien des chances pour que sa vision soit compromise.

Le traitement doit détruire le microbe, rendre le terrain réfractaire et arrêter les phénomènes inflammatoires.

D'après les recherches de M. Kreiss, la végétation des gonococcus a été enrayée par

---

hommes étaient plus fatigués que le mois précédent. Un autre fait qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que la guérison des ulcères rebelles surviendrait rapidement quand le malade rentre en France, c'est-à-dire quand il se trouve dans de bonnes conditions pour refaire sa santé. A l'influence de l'état général, il faut d'ailleurs ajouter le manque de soins de propreté d'abord, et l'absence de traitement convenable ensuite.

Peut-être une espèce de ces ulcères peut-elle rester dans la classe des affections microbiennes. C'est celle dans laquelle la plaie se recouvre de fausses membranes analogues à celles de la pourriture d'hôpital et qui peut devenir contagieuse.

Nous ne parlons pas ici du microbe du cancer, qui fait l'objet d'un autre article dans le même numéro de ce journal.

* * *

Nous avons parlé, il y a quelque temps, des faux diplômes des docteurs américains et des Facultés et Ecoles fantaisistes de médecine des Etats-Unis. Ce que nous avons dit vient d'être confirmé par une lettre intéressante de M. le docteur Hugenschmidt au *Bulletin médical.*

« Ces Ecoles fantaisistes, dit notre confrère, méritent presque de voir figurer à côté d'elles l'histoire assez drôle de ces fameux diplômes de « *Docteur en médecine de l'Université de* PHILADELPHIE », histoire qui a fait tant de bruit ces dernières années.

« Ces diplômes n'ont pas plus de valeur qu'une gravure quelconque tirée à un nombre

les solutions suivantes : le nitrate d'argent et le chlorure de platine à 1 p. 100, le thymol à 1 p. 1,000 et le sublimé à 1 p. 10,000. Le chlorate de potasse, l'acide phénique sont sans effets. Donc quatre substances seulement ont sur le gonococcus une action énergique et complète. Deux d'entre elles sont d'un usage peu courant; les deux autres, au contraire, sont chaque jour employées. Le sublimé a conquis, en obstétrique, une place prépondérante; le nitrate d'argent, avant qu'on connût son action antiseptique, jouait en ophthalmologie un rôle important.

En clinique, M. Hubscher a pu constater, à l'aide du microscope, l'amélioration constante de l'affection et sa terminaison favorable sous l'influence du traitement par le sublimé et par le nitrate d'argent. M. Hubscher n'attache au nitrate d'argent aucune valeur antiseptique, mais l'accepte simplement comme caustique, et explique d'une ingénieuse façon l'action combinée du sublimé et du nitrate d'argent. La cautérisation au nitrate d'argent a, d'après lui, pour effet de coaguler le contenu des cellules et d'amener leur rétraction. Dès lors, les microbes dispersés de tous les côtés par la destruction de leurs lieux de refuge tombent sous l'action du sublimé. En même temps l'eschare produite par le nitrate offre une barrière à la pénétration des microbes échappés à la mort dans les couches plus profondes de la muqueuse.

Suivant M. Rivière, cette interprétation ingénieuse des faits n'est pas absolument exacte, et l'action antiseptique du nitrate d'argent serait démontrée par les recherches de M. Kreiss.

Convaincu de la valeur antiseptique du nitrate d'argent, M. Rivière le préfère au sublimé, parce que l'action cautérisante de celui-ci serait nulle même à 1 p. 1,000, et n'oppose donc pas aux microbes échappés à la mort la barrière de l'eschare.

Soins préliminaires; lavages de l'œil. — Il faut d'abord débarrasser l'œil du pus qui l'encombre, faire, comme dit Warlomont, la chasse au pus.

Pour cela, il ne faut pas se servir d'une seringue. On risquerait de blesser l'œil ou de faire jaillir le pus sur les assistants. Il faut un jet régulier et doux. Il y a des appareils spéciaux. Mais un réservoir quelconque, suspendu à 15 ou 20 centimètres au-dessus de l'enfant et muni d'un tube de caoutchouc terminé par une canule en verre effilé, atteint le but proposé.

A défaut d'appareil à irrigation, on emploie des tampons d'ouate hydrophile. Les linges et les éponges doivent être prohibés. C'est une source d'infection.

Choix du liquide. — A l'exemple de M. Landolt, M. Rivière préfère le sublime à

---

illimité d'exemplaires, et que l'on peut se procurer moyennant une certaine somme. Leur fabrication et leur exploitation en grand étaient dues à un individu du nom de Buchanan, respectable vieillard de 75 ans. Il eut l'ingénieuse idée d'imaginer et d'exploiter une amphibologie qui fit seule réussir son commerce de diplômes, mais qui était trop bien trouvée pour ne pas réussir à coup sûr.

« Il n'y a, à Philadelphie, qu'une seule Université, très sérieuse et très honorable ; elle porte le nom « d'*Université de Pennsylvanie* », mais non celui « d'*Université de Philadelphie* », bien qu'elle soit *à* Philadelphie. Buchanan, jonglant avec les mots, délivra ses diplômes au nom de l'Université *de Philadelphie*, qui n'existe pas sous ce nom, comme je viens de le dire, puisqu'elle s'appelle « *Université de Pennsylvanie.* » Il vendait sous cette étiquette des diplômes de docteur en médecine, en théologie, en sciences, en art, en chirurgie dentaire, en philosophie. Il y en avait, comme on voit, pour tous les goûts, mais pas tout à fait pour toutes les bourses. Chaque diplôme, en effet, coûtait en moyenne la somme de 750 francs; une remise spéciale était faite à tout acquéreur de plusieurs diplômes, ainsi qu'à celui qui procurait un nouveau client. Buchanan gagna dans cette industrie nouvelle la bagatelle de trois millions environ.

« La Faculté de médecine de l'Université de Pennsylvanie, qui connaissait le trafic de ce Buchanan, avait essayé à plusieurs reprises, mais en vain, de faire cesser son commerce. La difficulté légale venait de ce qu'il ne s'était pas approprié le nom de l'Université réellement existante à Philadelphie, mais celui d'Université de Philadelphie, qui n'existait pas du tout sous cette dénomination. En outre, l'exploitant malin s'était bien

1 p. 5,000 à tout autre liquide, ce qui fait qu'en somme il emploie le sublimé et le nitrate d'argent.

Désinfection et cautérisation des conjonctives. — Le crayon de nitrate d'argent pur ou mitigé (crayon de Desmares père) doit être proscrit. Le nitrate d'argent en collyre est de pratique courante et ne présente pas les inconvénients des crayons; mais il a aussi ses défauts. Il n'agit pas seulement sur la conjonctive, mais sur la cornée. Or, dans les formes graves, celle-ci est rapidement altérée, et il est indiqué dans ces conditions d'éviter les collyres métalliques. Cependant beaucoup d'auteurs conseillent de passer outre, à condition de neutraliser aussitôt l'excès du nitrate par l'eau salée; bien que M. Galezowski considère le nitrate d'argent comme sans danger, même lorsque la cornée est altérée, il paraît plus sage à M. Rivière de recourir aux badigeonnages.

Les badigeonnages au nitrate d'argent présentent les avantages de la cautérisation sans en avoir les inconvénients. Grâce à sa souplesse, le pinceau de blaireau permet de conduire le nitrate dans tous les points et jusque dans les culs-de-sac, et cela sans toucher à la cornée. Sa puissance d'action peut être aussi grande qu'on le désire, en modifiant, suivant les cas, la dose prescrite. Des doses concentrées, sagement maniées, ont amené d'excellents résultats.

La douleur produite n'est pas plus grande vraisemblement que celle causée par le crayon mitigé. Au besoin, on pourrait utiliser l'action de la cocaïne.

M. Rivière a pris l'habitude de faire suivre chaque badigeonnage d'une instillation de quelques gouttes d'un collyre plus faible. Le badigeonnage localise son action sur les paupières, le collyre va pourchasser partout les gonococcus qui ont pu échapper jusque-là au nitrate d'argent.

Cette manière de faire lui a été inspirée par l'étude des faits cliniques suivants. Il a traité 22 cas d'ophthalmie purulente, du 1er novembre 1884 au 1er janvier 1885, 15 depuis cette époque jusqu'au 1er novembre 1886.

Dans les 7 premiers cas, la conjonctive fut badigeonnée avec une solution à 1/100e, dont quelques gouttes étaient ensuite instillées dans chaque œil. Ce traitement amena constamment la guérison sans lésion cornéenne, mais avec une grande lenteur; sept, huit, dix jours étaient nécessaires pour que tout danger fût considéré comme écarté C'est dans ces conditions qu'il fut appelé en ville auprès d'un nouveau-né atteint depuis la veille d'ophthalmie. Le mal avait déjà pris des proportions effrayantes. Les paupières, démesurément gonflées, ne pouvaient être retournées; en cherchant à les ouvrir, le pus jaillit à près de 30 centimètres du lit de l'enfant; le pus épais, crémeux,

---

gardé de vendre ses parchemins aux Américains, de crainte de poursuites, quoique son diplôme ne donnât pas le droit de pratique aux Etats-Unis. Il les expédiait tous en Europe. Cependant, quelques Américains, habitant l'Europe, purent lui dissimuler leur nationalité. Ils se firent adresser des diplômes et le firent ensuite poursuivre à Philadelphie par l'intermédiaire des consuls des pays qu'ils habitaient. Au moment de son arrestation, il avait déjà expédié plus de cinq mille diplômes. Ses registres prouvèrent que plus de trois mille avaient été absorbés par l'Allemagne ! »

Il y a certainement là une grande cause de discrédit pour la valeur de l'instruction publique aux Etats-Unis, où les Ecoles sérieuses ne manquent pourtant pas. C'est là une des conséquences de la trop grande liberté de l'enseignement; et ce discrédit restera, comme le dit très bien notre confrère, tant que le gouvernement de l'Union ne comprendra pas la nécessité de balayer une bonne fois ces écuries d'Augias de son enseignement supérieur.

SIMPLISSIME.

SOLUTION CONTRE LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. — Dujardin-Beaumetz.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée	300 grammes.

Faites dissoudre. — Toutes les heures, deux cuillerées à soupe de cette solution, aux femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles, jusqu'à ce qu'elles aient ingéré 0 gr. 40 centigr. de cocaïne dans la journée. — Il importe que les malades restent couchées, pour éviter les vertiges. — N. G.

remplissait les moindres replis de la conjonctive, masquait la cornée et donnait très bien cette apparence d'ophthalmie pseudo-membraneuse décrite par Chassaignac. Une irrigation, pratiquée largement, permit de constater l'intégrité de la cornée, mais déjà la conjonctive oculaire formait un chémosis.

En présence d'une situation aussi grave, M. Rivière employa une solution de nitrate d'argent à 5 p. 100. Après application pendant quelques instants de compresses chaudes, à 47 ou 48 degrés, il pût retourner les paupières et faire un badigeonnage minutieux en évitant de toucher la cornée. Par précaution, deux gouttes d'un collyre à 1 p. 100 furent instillées dans chaque œil, et l'excès de nitrate fut neutralisé à l'eau salée.

Le soir même, l'état s'était à ce point amélioré que les yeux furent jugés sauvés. Sous l'influence des compresses chaudes, maintenues en permanence, l'œdème avait rapidement cédé; le pus, moins abondant, était séro-purulent, l'eschare produite par la cautérisation ne paraissait plus.

Les badigeonnages, renouvelés matin et soir pendant quatre jours et suivis d'instillations, amenèrent dès le cinquième jour une guérison complète. L'enfant n'a pas la moindre tache de la cornée.

Cette manière de procéder fut alors introduite à la Clinique, et, dans 15 cas, les résultats ont été excellents. La cornée est toujours restée intacte et la durée de l'ophthalmie a notablement diminué. Dans la majorité des cas, au bout de vingt-quatre heures, l'œdème des paupières avait disparu; la sécrétion avait perdu ses caractères virulents pour prendre un aspect séreux, d'un jaune presque transparent, indiquant la presque disparition des globules de pus. Dans quelques cas, trois jours furent nécessaires; mais, dans ces cas, les cautérisations avaient été confiées à des élèves.

Le nombre des badigeonnages n'est pas indifférent. M. Galezowski, qui en préconise l'emploi, insiste pour qu'ils soient faits matin et soir. M. Abadie, encore plus formel, considère ce badigeonnage, répété toute les douze heures, comme une condition *sine qua non*. Il a suivi, en effet, avec le plus grand soin, la marche des phénomènes, et a pu s'assurer qu'après douze heures l'action du nitrate d'argent paraît s'épuiser; les accidents reprennent une marche progressive. On peut, dit-il, s'en assurer facilement : un malade avec lésion consécutive se présente à vous, pratiquez une cautérisation et examinez-le après douze heures. Sa cornée sera éclaircie; il y aura amélioration. Suivez-le encore, mais sans cautériser; au bout de quatorze ou seize heures, la cornée redevient trouble et les lésions s'aggravent. Nouvelle cautérisation, nouvelle amélioration et ainsi de suite.

En terminant l'étude du traitement curatif, M. Rivière, après avoir discuté les diverses méthodes, après avoir insisté sur l'utilité des compresses chaudes permanentes pour diminuer l'œdème et permettre le renversement des paupières dont le débridement serait par exception nécessaire, rappelle encore une fois qu'il vaut mieux, à l'exemple de M. Galezowski, ne pas admettre deux formes cliniques d'ophthalmie, et traiter d'emblée, comme il l'a conseillé, toute ophthalmie se déclarant dans les huit ou dix premiers jours qui suivent la naissance.

Traitement préventif. — Le nouveau-né peut n'avoir subi de contamination que d'un seul côté. Il faut avant tout s'efforcer de préserver l'autre œil. Le moyen le plus pratique et le plus sûr est celui des instillations préventives de nitrate d'argent à 1 1/2 ou 1 p. 100.

M. Rivière rapporte l'histoire d'un nouveau-né dont l'œil droit avait été seul pris et fut perdu. Des instillations préventives, dans l'autre œil, avaient été instituées et avaient réussi. Elles furent supprimées par la mère; l'œil sain fut atteint et gravement compromis.

Pour protéger le personnel et les autres enfants dans un service où l'ophthalmie s'est déclarée, on prendra les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

M. Rivière est partisan de la méthode de Crédé, qui, comme on sait, consiste à instiller une goutte de solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 dans les yeux de tous les nouveau-nés.

(A suivre.) H. STAPFER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 décembre.

Sur l'absence de microbes dans l'air expiré.

MM. J. Strauss et W. Dubreuilh : Lister, le premier, a fait l'observation que « l'air introduit dans la cavité pleurale par suite d'une fracture simple des côtes (sans plaie extérieure) produit des effets tout différents et infiniment moins graves que ceux résultant d'un pneumothorax consécutif à une plaie pénétrante de poitrine. Ce fait, ajoutait-il, fut pour moi un mystère, jusqu'à ce que, grâce à la théorie des germes, je compris qu'il est naturel que l'air fût filtré par les bronches, dont l'un des offices est d'arrêter les particules de poussière exhalées et de les empêcher d'entrer dans les vésicules pulmonaires. »

Cette explication de Lister fut confirmée expérimentalement par Tyndall, qui montra que l'air expiré est, selon son expression, *optiquement pur*, c'est-à-dire que, traversé par un faisceau lumineux, il ne manifeste pas de traînée lumineuse dans une chambre noire. Cet air est donc privé de toute particule en suspension capable de diffuser la lumière.

Nous nous sommes proposé de vérifier, par les méthodes bactériologiques, le fait physique signalé par Tyndall. A cet effet, nous nous sommes servis de flacons à deux tubulures remplis de bouillon alcalinisé et stérilisé. L'un des tubes, par lequel arrivait l'air expiré, était effilé à son extrémité inférieure, qui plongeait au fond du liquide ; l'air expiré barbotait ainsi, en bulles très fines, à travers une couche épaisse de bouillon, et devait se dépouiller à peu près complètement des particules solides qu'il pouvait contenir. Dans un certain nombre d'expériences, le bouillon, maintenu à une température de 25°, fut additionné de gélatine afin d'augmenter la viscosité du liquide et de prolonger ainsi le contact des bulles avec le liquide. Les séances d'expiration étaient d'environ une demi-heure pour chaque flacon ; le liquide de chaque flacon était donc traversé par 250 à 300 litres d'air expiré (1). Les flacons étaient ensuite mis pendant plusieurs jours à l'étuve à 35°.

Le plus grand nombre de ces flacons demeurèrent stériles ; quelques-uns seulement se troublèrent par une végétation de micro-organismes ou laissèrent se développer des moisissures. Mais ces cas étaient exceptionnels et en partie, sans doute, attribuables à des fautes de manipulations (projection d'un peu de salive, expiration trop brusque, etc.)

Ces expériences sont donc entièrement confirmatives de celles de Tyndall. Elles tendent à démontrer que l'air expiré, de même qu'il est « *optiquement pur* », est presque complètement privé de microbes. Le poumon joue donc réellement, pour les micro-organismes, le rôle de filtre que Lister lui a attribué. Le mécanisme de cette filtration se conçoit aisément, si l'on réfléchit aux conditions dans lesquelles l'air circule dans le poumon, dans des canaux d'une étroitesse extrême et tapissés par un épithélium humide.

Divers expérimentateurs se sont appliqués à retrouver dans l'air expiré des microbes pathogènes, mais toujours sans résultat.

M. Grancher a fait un grand nombre d'expériences sur l'air expiré par les phthisiques ; jamais il n'a pu y déceler la présence du bacille de Koch ou de ses spores.

MM. Charrin et Karth ont fait des recherches analogues avec les mêmes résultats négatifs.

De l'ensemble de ces faits, on peut tirer la conclusion que les hommes ou les animaux réunis dans un espace confiné, loin de souiller l'air par leur respiration, tendent au contraire à le purifier *en ce qui concerne les microbes;* il doit en être ainsi puisque

(1) L'expiration faite lentement avait lieu à la suite d'une inspiration lente et profonde.

l'air, à sa sortie des poumons, renferme moins de microbes qu'à l'entrée. Cette donnée n'infirme en rien le fait constaté depuis longtemps par MM. Pasteur, Lemaire, Miquel, etc., à savoir que les microbes sont très abondants dans l'air des salles encombrées (salles d'hôpital, casernes). L'acte de la respiration n'est pour rien dans ce phénomène ; ce n'est pas par l'air qu'ils expirent, par leur haleine que les hommes agglomérés chargent l'air ambiant de microbes, c'est par leurs vêtements, par les poussières que leurs mouvements occasionnent, par leur expectoration desséchée sur le plancher et soulevée plus tard sous forme pulvérulente que s'effectue la dissémination des microbes dans l'air.

La respiration des hommes apporte, dans un espace clos, son contingent de gaz toxiques ou irrespirables ; mais elle tend à *purifier* l'air des microbes qu'il contient.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Perrin exprime le regret de n'avoir pu assister à la séance précédente; il se serait fait un devoir de s'associer à l'hommage que M. de Beauvais a proposé de rendre à la mémoire de Trousseau, d'autant plus qu'il est lui-même Tourangeau et compatriote de cet illustre maître.

Correspondance imprimée. — Outre les journaux et revues de la quinzaine, elle comprend :

Le *Boletin da Academia de medecina de Rio-Janeiro*, nos 22 à 24, 1er sem. 1887, anno II, et nos 1 à 5, 2e sem. 1887, anno III;

Annaes da Academia de medicina da Rio Janeiro, no 1, juillet-septembre 1887;

Les rapports du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique sur le service des enfants moralement abandonnés, en 1887.

Correspondance manuscrite. — Lettre du secrétaire de la Société de médecine de Strasbourg, accusant réception du tome XXI du *Bulletin de la Société de médecine de Paris*;

Lettre de M. Antonin Martin, sollicitant le titre de membre honoraire. (Renvoyée à une commission composée de MM. Polaillon, Thevenot et de Beauvais, rapporteur.)

M. Thevenot, au nom de la commission du prix Duparque, lit le rapport sur le concours de 1887. Un seul mémoire a été présenté; la commission est d'avis de lui décerner le prix.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

M. le Président ouvre le pli cacheté accompagnant le travail couronné; le prix est décerné à M. le docteur Fernand Roux pour son mémoire intitulé : *Des maladies par obstruction lymphatique.*

La Société décide en même temps qu'en 1889 le prix Duparcque sera donné au meilleur travail, *manuscrit et inédit*, sur un sujet quelconque de chirurgie.

M. Bouloumié continue sa communication sur le *traitement des glycosuries et diabètes.* (Sera publiée.)

M. Boucheron fait remarquer que tous les traitements proposés contre le diabète sont inspirés par des idées théoriques. Lui-même, dans le traitement qu'il a adopté, part de ce point de vue que le sucre provenant surtout de la décomposition des albuminoïdes, l'essentiel est de modifier la diète classique; il faut modérer l'alimentation dans le sens des matériaux qui introduisent le sucre dans l'économie. Il donne donc toutes les substances végétales, et il ajoute des antiseptiques, afin d'empêcher les fermentations intérieures et de détruire le microbe, cause de ces fermentations.

Une longue discussion suit cet exposé de M. Boucheron. Différents membres, MM. Rougon, Bouloumié, de Beauvais, Thevenot, Reliquet objectent que le microbe dont parle M. Boucheron n'existe encore qu'à l'état théorique, qu'il n'a pas été constaté sous le champ du microscope; il importerait de savoir aussi d'une façon très précise

quel est le régime de ses malades, s'ils le supportent bien; enfin, quels sont les antiseptiques que donne M. Boucheron?

M. Boucheron : Le régime que je prescris est très simple : je permets tous les végétaux herbacés, asperges, petits pois, etc. Je proscris les féculents, pommes de terre, haricots, macaroni, riz, etc. Je ne tolère qu'une petite quantité de pain. Enfin, quant aux antiseptiques avec lesquels je combats le microbe, ce sont l'iodoforme, les essences de cannelle, de vespetro, d'origan. Je puis assurer mes collègues que mes malades supportent à merveille ce régime et que j'en retire les meilleurs résultats.

M. de Beauvais : Ainsi que mes collègues MM. Reliquet et Bouloumié, je proscris les asperges comme provoquant la diurèse.

Je trouve, de plus, signalée dans la remarquable étude critique de M. Brouardel, sur les diverses médications employées contre le diabète, une propriété *saccharigène* des asperges peu connue.

Harley raconte qu'à une époque où il s'occupait de recherches sur la glycosurie, il fut surpris de trouver une forte quantité de sucre dans ses urines, après avoir mangé des asperges. Voulant s'assurer sérieusement du fait, il en mangea pendant deux jours une grande quantité. Il eut alors une abondante glycosurie qui dura cinq jours; son urine tachait son pantalon. Il avoue qu'au cinquième jour, il commençait à être très inquiet. L'asperge semble donc, quoiqu'en dise M. Boucheron, devoir être rayée de la carte spéciale dressée par Bouchardat pour le diabétique.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Hôpitaux. — Dans l'*Edinburgh Infirmary*, chaque lit a coûté 2,385 dollars (11,925 francs) ; dans *Saint-Thomas' Hospital*, à Londres, 3,885 dollars (19,425 francs) ; à l'*Hôtel-Dieu* de Paris, chaque lit a coûté 6,075 dollars (30,875 francs). (*The american Lancet*, novembre 1887.) — R.

COURRIER

Par décret, en date du 27 novembre 1887, M. le docteur Macoret est nommé adjoint au maire du XIVe arrondissement de Paris.

— L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 13 décembre 1887, à trois heures.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1887, par M. Proust, secrétaire annuel ; — 2° Prix proposés pour 1888, 1889, 1890 ; — 3° Eloge de Bouillaud, par M. Jules Bergeron, secrétaire perpétuel.

Société médico-pratique. — Séance du 12 décembre. — *Ordre du jour :* 1. M. Ory : Mal de Pott vertébral; injections réitérées d'éther iodoformé; guérison. — 2. M. Schwartz : Plaie du cerveau par coup de couperet. — 3. M. Cadet de Gassicourt : De l'angine au début de la fièvre typhoïde. — 4. Election de trois membres titulaires.

La Commission du Prix se réunira à la fin de la séance.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hystérectomie vaginale,

Par L.-G. Richelot.

La cause principale des difficultés opératoires, et surtout des récidives, c'est l'état presque toujours trop avancé du cancer au moment où nous sommes consultés. J'observe bien certainement huit cas sur dix où la tumeur a tout envahi et ne laisse plus à l'intervention la moindre chance de succès; et cela, très souvent, parce que l'épithéliome a une marche insidieuse, ne fait pas souffrir, et parce que la malade, pendant de longs mois, ne s'est pas doutée de la gravité ou même de l'existence de son mal. N'y a-t-il pas aussi d'autres causes? Question délicate, mais qu'il nous faut aborder franchement, et sur laquelle je compte attirer bientôt l'attention.

Aujourd'hui, je veux mettre en lumière certaines difficultés que présente le diagnostic, alors même que la malade est soumise au plus sérieux examen; difficultés portant non sur la nature, mais sur la diffusion du mal; difficultés qui peuvent servir d'excuse légitime à quelques-uns de nos échecs, mais qui surtout nous invitent à ne jamais laisser passer l'occasion de surprendre la tumeur aussitôt que possible, à ne jamais lui donner le temps de s'aggraver quand nous l'avons reconnue.

Il est souvent difficile de constater la propagation du cancer aux parties voisines; et je ne parle pas des traînées lymphatiques qui forcément nous échappent, je parle d'un envahissement facile à voir, pièce en mains. Il y a cependant des signes qui nous mettent sur la voie et peuvent suffire à nous édifier.

Ainsi, par le toucher vaginal, on sent un utérus peu mobile. Si la fixité de l'organe est due à la brièveté simple des ligaments, les mouvements de latéralité que le doigt peut imprimer au col sont relativement conservés; l'utérus paraît libre, on a bien le sentiment qu'il n'est pas enclavé, on croit même qu'il va descendre, et il faut tirer dessus avec les pinces pour s'assurer du contraire. L'immobilité dont la cause est une propagation cancéreuse, est plus complète que la précédente; et elle s'accompagne d'altérations du museau de tanche, lèvres érodées, effacement des culs-de-sac, etc., qui donnent les meilleures indications sur l'état des parties voisines, et sur lesquelles je reviendrai dans un prochain travail.

Mais quand il s'agit d'un col solide et bien saillant, avec mobilité parfaite, souplesse des culs-de-sac, abaissement facile de l'utérus, comment diagnostiquer la propagation? Tel est le problème qui s'est présenté à moi dans un cas d'épithéliome du corps, dont voici l'histoire abrégée.

Mme B... a 68 ans; elle a depuis deux ans des douleurs vagues dans le ventre et dans les reins, des pertes sanguines peu abondantes et rares, mais surtout un écoulement roussâtre qui a été fétide à plusieurs reprises;

elle est néanmoins d'une bonne santé et paraît plus jeune que son âge. M. le docteur Danlos, médecin des hôpitaux, a posé le diagnostic : épithéliome du corps de l'utérus, et m'adresse la malade le 12 septembre 1887.

Le col est absolument normal. Dans le cul-de-sac postérieur, je trouve une tuméfaction dure, arrondie, grosse comme une petite pomme et faisant corps avec l'utérus; l'organe est très mobile dans l'excavation, le col se déplace dans tous les sens, la tumeur rétro-utérine le suit dans tous ses mouvements, monte et descend, oscille d'un côté à l'autre sous l'impulsion du doigt, et paraît libre de toute adhérence. Le toucher n'éveille aucune douleur, toute la paroi vaginale est saine, le rectum et la vessie fonctionnent parfaitement, la palpation abdominale ne donne pas de résultat.

Après cet examen, l'épithéliome du corps ne me paraît pas suffisamment démontré; la tuméfaction rétro-utérine pourrait être un fibrome de la paroi postérieure; il est indiqué d'explorer la cavité utérine, après dilatation du col.

Mais, avant qu'on ait pu commencer ce traitement préparatoire, Mme B... s'expose à un refroidissement et contracte une pneumonie franche qui occupe le tiers inférieur du poumon droit, avec frisson, crachats rouillés, temp. 38°8, etc. La résolution se fait d'ailleurs sans accidents, et la santé est rétablie dans les premiers jours d'octobre.

La dilatation est faite, à partir du 5 octobre, avec les tiges de laminaire iodoformées. Après l'introduction de la plus fine, se montre un suintement roussâtre abondant; à la seconde, la cavité utérine semble irrégulière, rugueuse, et saigne facilement; après la troisième, l'écoulement sanieux, d'odeur infecte, ne laisse plus aucun doute sur l'existence d'un épithéliome intra-utérin, et je me décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Non seulement l'extirpation radicale était seule valable en présence d'un cancer du corps, mais celle-ci, on en conviendra, se présentait sous les meilleurs auspices. L'état général était bien conservé, l'état local démontrait, à n'en pas douter, la limitation du mal et l'intégrité des parties voisines, puisque ni le col, ni les culs-de-sac du vagin n'offraient la moindre altération, puisque l'utérus — dont le corps augmenté de volume m'avait donné l'apparence d'une tumeur fibreuse — était très mobile, puisque les organes voisins n'étaient le siège d'aucun trouble qui pût faire penser à des envahissements.

L'opération est faite le 21 octobre, avec l'aide de MM. Hallé, Péraire et Oustaniol. Les premiers temps paraissent donner raison au diagnostic : l'utérus descend très bien, jamais je n'ai vu le museau de tanche venir si facilement à la vulve, et la première incision est faite, pour ainsi dire, à l'extérieur. Alors je commence le décollement de la vessie; mais mon doigt, au lieu de plonger dans un tissu cellulaire peu dense, éprouve d'abord quelque résistance, puis soulève sans grand effort, non pas un feuillet mince comme le péritoine, mais une membrane épaisse doublant un tissu friable, comme on décolle le périoste altéré d'un os en voie de ramollissement tuberculeux. Je comprends que le péritoine est envahi sur la face antérieure de l'utérus. En même temps, mon doigt pénètre dans la paroi de l'organe, tout entière infiltrée, et fait un trou d'où s'échappe une bouillie fétide; ce qui me décide à ne pas ouvrir dès maintenant le cul-de-sac antérieur du péritoine, pour éviter l'inoculation septique.

J'incise en arrière du col, et ici de nouvelles difficultés se présentent :

impossible d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal, qui semble fuir devant mon doigt; mais peu à peu je dénude la paroi postérieure de l'utérus, infiltrée comme l'antérieure, et mon doigt repousse en arrière une couche de tissus indurés qui paraissent oblitérer la cavité de Douglas. Arrivé près du fond de l'organe, je m'arrête, pour ne pas ouvrir immédiatement le péritoine : j'ai alors un utérus entièrement décortiqué sur ses deux faces, et, de chaque côté, un ligament large partiellement dédoublé. Je saisis, à droite et à gauche, la région de l'utérine dans une pince longue et droite, et, mis ainsi à l'abri du sang, je commence à fendre l'utérus au milieu pour le morceler, car le ramollissement de son tissu ne me laisse aucune chance de l'extraire en masse. Après avoir enlevé presque tout le segment inférieur, un coup de ciseau donné sur le corps ouvre en avant le péritoine. J'en profite pour introduire une pince longue qui saisit la corne droite; même manœuvre à gauche; puis, section et ablation des derniers fragments de l'utérus. L'hémostase est complétée par quelques pinces; j'enlève encore, avec la curette, des parcelles friables de la tumeur au devant du rectum, et je laisse une nappe de tissu cancéreux qui remplit le cul-de-sac de Douglas et va se perdre en haut sous le péritoine.

Pour éviter l'inoculation de la séreuse par le liquide sanieux et fétide, je fais, contrairement à mon habitude, une irrigation très douce avec le sublimé, après avoir placé profondément une éponge qui prévient le passage du liquide antiseptique dans l'abdomen. L'éponge retirée, les tampons iodoformés sont placés comme à l'ordinaire.

Ablation des pinces le 23; la température monte une fois à 38°; la malade, encore un peu faible sur ses jambes, nous quitte après la troisième semaine. Elle a eu, depuis l'opération, quelques douleurs pelviennes, des selles difficiles, de la diarrhée, symptômes qui font penser à une compression de l'intestin. Le toucher révèle, au fond du vagin, une plaie transversale peu étendue, mais dont le centre bourgeonne.

En vérité, je ne sais quel signe aurait pu me faire supposer, dans ce cas, l'envahissement si grave que j'ai trouvé au cours de l'opération. Les examens réitérés et attentifs n'ont certes pas manqué, mais tout se réunissait pour nous conduire à l'erreur.

Cette malade comptera parmi les succès opératoires. Elle ne comptera pas parmi les récidives, car le mal ne se reproduit pas, il continue sur place. Comptera-t-elle parmi les succès relatifs que donnent les opérations palliatives? Non, car il sera toujours impossible de dire si l'opération a prolongé sa vie.

Mais cet exemple, tout en démontrant que certains cas défient notre diagnostic, ne doit pas nous faire méconnaître la valeur de l'extirpation de l'utérus dans les épithéliomas du corps. En effet :

1° Le début du cancer aux dépens de la muqueuse utérine est l'indication la plus formelle et la moins discutée de l'hystérectomie vaginale;

2° Quand le tissu morbide est bien limité au corps de l'utérus, la mobilité de l'organe et l'intégrité du col facilitent le manuel opératoire;

3° Le pronostic, au point de vue de la récidive, est meilleur dans cette forme que dans les cancers débutant par le museau de tanche. Une statistique allemande donne une seule récidive sur treize opérations. La raison de ce fait n'est pas difficile à trouver : c'est la paroi du vagin qui s'infiltre le mieux et qui est le siège le plus fréquent des récidives; ordinairement,

les ligaments larges ne sont touchés qu'après les culs-de-sac; aussi les cancers qui poussent tout près de la muqueuse vaginale sont-ils les plus dangereux : avant tout, les cancers végétants de la face externe du col, puis ceux qui naissent dans sa cavité, le rongent et l'effacent. Ceux du corps ont aussi des voies lymphatiques à leur disposition; mais l'infiltration est plus tardive, et la reproduction dans les annexes est plus rare, quand on opère en temps utile.

Conclusion, toujours la même : soupçonner le cancer au moindre signe rationnel, y croire avant qu'il ne soit démontré, ne pas le laisser marcher pour le reconnaître à sa marche, ne pas le faire marcher plus vite en le cautérisant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES HONORAIRES DES MÉDECINS LÉGISTES.

Un de nos confrères de province nous demande, à propos des difficultés qui surgissent parfois au sujet des honoraires des médecins dont le ministère est requis par la justice, de lui indiquer « quel sens il faut légalement et médicalement attribuer aux mots : *opération plus difficile que la simple visite*, et de lui fournir une nomenclature de ce que le médecin, agissant au point de vue légal, peut consciencieusement réclamer pour ses honoraires dans ce genre d'opérations ».

Avant de répondre à la question de notre correspondant, rappelons que le tarif des honoraires médicaux en matière criminelle est réglé de la façon suivante par un décret du 18 juin 1811, légèrement modifié par un autre décret du 7 avril 1813 et une ordonnance du 28 novembre 1858 :

1° Pour chaque visite, pansement et rapport, à Paris, 6 francs; dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus, 5 francs; dans les autres villes et communes, 3 francs.

2° Pour les ouvertures de cadavres ou autres opérations plus difficiles que la simple visite, 9, 7 et 5 francs.

Dans la pratique ordinaire, dans la clientèle civile, il est d'usage constant que tout ce qui suppose des connaissances particulières, étrangères à la généralité des médecins, toute qui nécessite l'emploi d'instruments spéciaux, tout ce qui prolonge la durée moyenne de la visite, autorise à réclamer des honoraires plus élevés : cet usage est admis par la justice elle-même qui, en cas de contestation, l'a maintes fois invoqué parmi les considérants des jugements rendus, avec la nature de l'opération, la gravité de la maladie, et autres circonstances inhérentes au malade ou au médecin. C'est ainsi que la simple injection hypodermique, qui pourtant ne peut guère être qualifiée d'opération qui n'est ni longue ni difficile à faire, se paye en sus de la visite; il en est de même pour les examens vaginaux et utérins, ophthalmoscopiques, rhinoscopiques, laryngoscopiques; de même encore pour l'emploi, si simple et si répandu, du thermocautère appliqué sur une surface saignante, sur la poitrine d'un tuberculeux, sur une articulation enflammée, etc. Enfin, le prix d'une visite faite dans le courant de la nuit est invariablement plus élevé que celui d'une visite faite au milieu du jour.

Ce sont évidemment ces principes, parfaitement conformes à l'équité, que les magistrats chargés de vérifier les mémoires de médecine légale devraient prendre pour base de leurs évaluations. Il est déjà suffisamment absurde d'exiger à la fois du médecin une visite, un premier pansement et un rapport, pour une somme qui varie de 3 à 6 francs, et de lui allouer 9 francs au maximum pour une autopsie. Au moins faudrait-il étendre le plus possible le cercle des opérations plus difficiles que la simple visite, et ranger dans cette catégorie toutes les applications d'instruments (à l'exception du stéthoscope, bien entendu), tous les examens spéciaux (l'examen au spéculum comme les autres), toutes les visites enfin qui, par le temps qu'elles ont pris ou le moment de la journée où elles ont été faites, sortent des limites communes. Toutes les fois qu'une ou

plusieurs de ces conditions sont remplies, nous croyons que le médecin est en droit de réclamer un supplément d'honoraires, supplément dont le taux n'est d'ailleurs laissé ni à son appréciation, ni à celle des magistrats; il ne peut alors recevoir que 9, 7 ou 5 francs, suivant l'importance de la population de la ville où il opère.

Briand et Chaudé ont parfaitement raison de dire : « Ce tarif, qui remonte à 1811, est depuis longtemps l'objet des critiques les plus méritées; il est bien évident qu'il n'accorde aux médecins qu'un honoraire en quelque sorte dérisoire. Mais, quelles que soient les modifications qu'on y apporte, on ne peut espérer qu'il alloue jamais au médecin légiste une rémunération suffisante; c'est dans la satisfaction du devoir accompli, et dans la légitime considération qui s'attache au choix dont il a été l'objet, qu'il doit trouver sa récompense. » En attendant que les améliorations nécessaires soient obtenues, et que la nature des visites autorisant une réclamation supplémentaire soit légalement fixée, nous ne pouvons qu'engager nos confrères à établir leurs mémoires d'honoraires conformément aux usages admis dans la contrée qu'ils habitent; car, il faut l'avouer, aucune règle générale ne peut être formulée à cet égard, les magistrats pouvant toujours se retrancher derrière la lettre de la loi, sans que nous puissions les forcer à l'interpréter dans le sens le plus favorable à nos intérêts. *Dura lex, sed lex!*

P. Decaye.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement antiseptique des maladies de l'appareil respiratoire et, en particulier, de la tuberculose pulmonaire,

Par M. le docteur Durrant.

La découverte du bacille de la tuberculose et des microbes de quelques autres affections pulmonaires a opéré une véritable révolution dans les idées admises jusqu'à ce jour sur la nature des affections du poumon et des bronches. Bien que cette révolution date à peine de quelques années, elle a été acceptée du premier coup presque sans contestations, tant elle répondait à un besoin réel; nous n'insisterons donc point ici sur ces principales phases qui sont encore présentes à la mémoire de tous. L'erreur d'hier est devenue la vérité d'aujourd'hui. C'est ainsi que personne ne songe plus à douter que la phthisie ne soit contagieuse, inoculable et d'origine parasitaire, ce qui eût presque semblé monstrueux naguère encore. Pourquoi, par la même raison, ne serait-elle pas curable, puisque nous en connaissons exactement la nature, la cause de l'évolution? Car, à moins de rester stérile, toute révolution en médecine doit avoir pour corollaire un bouleversement en thérapeutique.

Or, si la tuberculose pulmonaire est produite par un organisme microscopique opérant sur les cellules vivantes son travail de destruction, la première idée qui devait venir, et qui vint à l'esprit des chercheurs, fut de trouver un agent ou une série d'agents capables de contrebalancer l'action nocive du bacille. Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord; les divergences ne commencent à se produire que lorsqu'il s'agit de savoir si l'on doit attaquer le bacille dans le but de le détruire ou imprégner l'organisme de certaines substances qui le rendent réfractaires aux attaques du microbe. Il n'y a là d'ailleurs autre chose qu'une subtilité de théories; car, quel que soit le principe sur lequel on se base, on aboutit toujours à l'emploi des mêmes médicaments qui sont tous les antiseptiques usités jusqu'à ce jour en chirurgie, auxquels on a adjoint une série d'autres substances choisies parmi les aromatiques et les balsamiques. C'est ce qui constitue le *traitement antiseptique de la phthisie pulmonaire* et de plusieurs autres affections des voies respiratoires, telles que la bronchite chronique, l'asthme, l'emphysème, la coqueluche, etc....., ainsi que les complications pulmonaires d'un certain nombre de maladies parasitaires, telles que la rougeole, la fièvre typhoïde, etc.....

Cette antisepsie du poumon ne pouvait manquer de séduire au premier abord. Elle constituait une doctrine thérapeutique conforme aux nouvelles théories de la science;

mais, malheureusement, son application pratique devait se heurter du premier coup à une difficulté presque insurmontable. Pour agir efficacement contre la cause connue du mal, il fallait lui opposer des antiseptiques à des doses telles qu'ils pouvaient avoir une action dangereuse sur les cellules de l'organisme. Il est fort probable que l'antisepsie pulmonaire n'aurait jamais atteint l'extension rapide qu'elle a prise depuis quelques mois sans l'idée ingénieuse qu'a eue le docteur Albin Meunier (de Lyon) d'employer des véhicules qui permettent d'administrer les médicaments microbicides non seulement sans danger pour l'économie, mais encore à des doses puissantes rapidement et sûrement absorbées. Notre savant confrère a lu, cette année, à l'Académie de médecine de Paris (1) le résultat de ses intéressantes recherches que le monde scientifique connaissait déjà en partie par les articles du *Lyon médical* et des journaux consacrés à la thérapeutique (2).

Cette antisepsie du poumon a déjà fait ses preuves. Bien que de date récente, elle a donné à nos confrères et à nos maîtres qui l'ont expérimentée des résultats qui la rendent digne d'une étude que nous allons esquisser en quelques mots. Nous la dédions aux praticiens, à ceux qui croient que la médecine ne doit avoir d'autre but que de soulager et de guérir, et que la thérapeutique, selon l'heureuse expression de Forget, est vraiment « la pierre philosophale de la médecine ».

Les capsules antiseptiques du docteur Albin Meunier sont à base de phénol, d'eucalyptol, d'iodoforme, de créosote, de menthol, etc... Chaque série renferme ces médicaments, soit seuls, soit combinés entre eux, exemple : phénol iodoformé, eucalyptol phéniqué et iodoformé, etc... On les administre à la dose habituelle de une à trois capsules au milieu de chaque repas.

Ingéré sous cette forme, l'agent antiseptique est rapidement absorbé dans les voies digestives; il se répand dans le torrent circulatoire et est éliminé à la surface des alvéoles pulmonaires. Il ne peut donc manquer, dans ce voyage à travers l'économie, d'agir puissamment contre l'agent infectieux. Telle est la théorie de cet ingénieux traitement des affections respiratoires d'origine parasitaire.

Les essences volatiles, ainsi que le prouvent de nombreuses expériences, ont une remarquable action dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. Leur rôle ne se borne pas à couper court à l'évolution bacillaire : il modifie la nature des sécrétions, diminue les quintes de toux et fait disparaître l'oppression.

Il est un fait qui frappe tout d'abord les malades qui sont soumis au traitement par les essences antiseptiques, c'est la rapidité avec laquelle l'odeur du médicament se répand dans l'haleine, dans l'urine et dans la sueur. Il suffit souvent de quelques minutes pour observer ce phénomène. Il n'est pas de meilleure épreuve que ces capsules imprègnent rapidement l'organisme et saturent pour ainsi dire le malade. C'est précisément cette saturation qui explique l'efficacité de cette méthode et qui rend compte des résultats sérieux, des améliorations constantes et des guérisons nombreuses qu'elle a déjà donnés.

Grâce au choix et à la pureté des essences et des produits employés, ce traitement ne produit ni irritation ni fatigue de l'appareil digestif; on n'observe jamais aucun symptôme d'intolérance. Nous avons donc entre les mains une méthode rigoureusement scientifique d'une action énergique et absolument inoffensive pour le malade; grâce au respect de l'estomac, nous pourrons toujours lui associer les toniques et les reconstituants qui répareront les dégâts de la maladie pendant que les antiseptiques en anéantiront la cause. Sous l'influence de cette médication rationnelle, les malades augmentent de poids, les sueurs nocturnes et la diarrhée disparaissent, pendant que les phénomènes locaux diminuent et que les signes perçus par l'auscultation s'améliorent.

(1) 28 mars 1887.
(2) *Bull. de thérapeutique*, 15 janv. 1887; 30 janvier 1887; 28 fév. 1887.

BIBLIOTHÈQUE

LE GOUTTE. Sa nature et son traitement, par M. le docteur W. EBSTEIN, traduction du docteur E. CHAMBARD, introduction du professeur CHARCOT. — Paris, J. Rothschild, 1887. Grand in-8° de 194 pages, orné de 12 chromolithographies.

Boerhaave, — il y a deux siècles, — déclarait que la bibliographie sur la goutte était si riche que l'on pouvait compter, de son temps, un millier d'auteurs ayant écrit sur la matière. Cela nous paraît bien peu de chose, aujourd'hui que le nombre des publications de tout genre sur la goutte est, on peut le dire, incalculable. Notons, en passant, que Boerhaave, ce grand esprit, croyait à la contagion de la goutte. Il s'appuyait sur ce fait que des femmes de condition élevée étaient devenues goutteuses après avoir épousé des goutteux. L'argument est médiocre et le fait s'explique tout naturellement par la conformité de la manière de vivre et des habitudes qui s'établit entre époux. Toutefois, nous sommes à un moment où il n'est pas permis de passer dédaigneusement devant le mot contagion. Hier encore on se serait contenté de hausser les épaules. Aujourd'hui, plus d'un hésiterait, tant est grande la préoccupation du microbe, en tout et partout. Eh! oui, c'est comme cela. Qui dit microbe, dit contagion; et, pour une partie sans cesse croissante du corps médical, qui dit maladie dit microbe. De sorte que toute maladie serait contagieuse. Mais le docteur Ebstein n'en est pas là. Il ne sent pas encore s'évanouir sa confiance en la dernière hypothèse sur la goutte, et, pour lui, la présence de l'acide urique dans le sang a définitivement remplacé la pituite, l'atrabile, le tartare (de Paracelse) et le principe podagreux.

C'est en 1776 que le Suédois Scheele découvrit l'acide urique. C'est en 1787, — il y a juste cent ans, — que Wollaston signala la présence de cet acide dans les concrétions goutteuses. Mais cette constatation ne paraît pas avoir fait alors beaucoup d'impression sur l'esprit des médecins, car nous voyons, trente ans plus tard, Scudamore déclarer (en 1816) que « les concrétions goutteuses sont trop rares et se rencontrent chez un trop petit nombre de sujets, pour que l'on puisse fonder sur elles une théorie et encore moins leur demander la cause dernière de la goutte. Le professeur d'anatomie Henle (à qui est dédié le livre de M. Ebstein) regardait, en 1847, « les dépôts uriques comme accidentels et cherchait l'origine de l'inflammation goutteuse dans une affection nerveuse interne et peut-être centrale ». Ce n'est que l'année suivante que Garrod, dans son ouvrage publié en 1860, prouva que l'urate de soude existe en quantité anormale dans le sang des goutteux. Pour l'observateur anglais, les causes de la goutte résident : 1° dans une diminution du pouvoir excréteur des reins pour l'acide urique, et, par suite, dans une accumulation générale d'acide urique (théorie acceptée par Gairdner et par beaucoup d'autres); 2° dans la diminution de l'alcalescence des humeurs chez les goutteux.

M. Ebstein ne se contente pas de ces propositions. Sans les repousser autrement, il leur reproche d'être impuissantes à expliquer pourquoi les urates se déposent tout d'abord, sous forme cristalline, dans des points bien typiques du cartilage et souvent bien longtemps avant que les reins soient altérés (?). L'on devrait, selon lui, puisque de la diminution du pouvoir excréteur des reins pour l'acide urique résulte une rétention générale de ce produit excrémentitiel, le voir se déposer en beaucoup de points, surtout si la diminution de l'alcalescence des humeurs favorise le dépôt des urates sous forme cristalline. Il trouve, en un mot, que le trait d'union entre la présence de l'acide urique et le processus goutteux reste obscur après les propositions de Garrod. Bien d'autres l'ont trouvé comme lui et ont cherché une théorie nouvelle de la pathogénie de la goutte. C'est ainsi que M. le professeur Charcot constata une formation exagérée d'acide urique, à la suite d'une perturbation fonctionnelle du foie. M. Cantani pensa que l'acide urique naît dans les cartilages eux-mêmes et regarda la dyscrasie urique de la goutte comme la conséquence d'un trouble de nutrition des cartilages articulaires, des ligaments fixés aux os et des tendons. Quant à M. Ebstein, il lui parut « nécessaire de rechercher s'il n'était pas possible de s'approcher des nombreux problèmes que sou-

lève l'étude de la goutte à l'aide de la méthode expérimentale et de recherches anatomo pathologiques ». C'est l'objet du livre que nous signalons au lecteur. Ces recherches portent : 1° sur les altérations typiques des organes dans l'arthritis uratique; 2° sur la goutte des animaux et les expériences qu'il a instituées pour provoquer, chez eux, des dépôts uratiques; 3° sur l'influence de l'acide urique, de ses sels et de quelques composés chimiques analogues sur les tissus et les organes des animaux.

Nous ne pouvons, dans cet article, que résumer très sommairement les résultats auxquels est arrivé l'auteur : « En dehors des dépôts d'urates cristallins, il existe encore une altération qui leur est commune : c'est la *nécrose des tissus* et des organes au niveau des points où ces dépôts ont leur siège. » Sur la question de savoir quel est le phénomène primitif, si c'est le processus nécrotisant aboutissant à la destruction du tissu, ou le dépôt des urates, l'auteur répond que « les troubles de nutrition des tissus surviennent les premiers, et que le dépôt d'urates cristallins ne vient qu'ensuite ». Il n'a jamais vu les urates cristallins siéger au sein d'un tissu normal.

Relativement aux expériences sur les animaux, l'auteur, après avoir lié les canaux urinifères, chez le coq, ou après une injection sous-cutanée de sels chromiques, a vu se développer des processus nécrotisants et nécrotiques dans divers organes. Là se déposent des sels uriques cristallisés comme dans les foyers goutteux de l'homme.

Enfin, l'auteur a réussi à faire naître des infiltrations caractéristiques dans le tissu de la cornée, chez des lapins, au moyen d'injections pratiquées avec de l'acide urique pur ou combiné avec la soude.

Ces recherches expérimentales ont assurément une grande valeur, et il en sera tenu compte par les physiologistes et les pathogénistes de l'avenir. Mais elles ne résolvent pas, — il s'en faut, — le problème posé. M. Ebstein est le premier à le reconnaître, car il écrit, à la page 151 : « Nous ne pouvons pas définir avec clarté et netteté ce qu'est la goutte. »

Toutefois, si M. Ebstein n'a pas résolu le problème, il semble qu'il en ait fait pressentir la solution. Il est certain que « l'acide urique est un produit normal de l'économie qui, fabriqué et expulsé par les reins d'une manière adéquate, ne détermine jamais, ni sur les points de production, ni dans les organes de l'excrétion, des symptômes présentant un intérêt pratique quelconque pour le pathologiste ».

Il est certain encore que des maladies, comme la leucémie, par exemple, et quelques états morbides, prouvent qu'une production exagérée d'acide urique n'exerce aucune influence sur l'origine de la goutte. Dans ces cas, dans la leucémie principalement, la formation d'acide urique est manifestement accrue (on ne sait pourquoi) et, de plus, elle est persistante. Mais il n'y a pas, dans la leucémie, rétention de l'acide urique, tandis que, dans la goutte, cette rétention existe sans que l'on puisse affirmer que l'acide urique soit alors produit en plus grande quantité.

C'était donc sur les conditions de la rétention de l'acide urique que devait porter la recherche. Là était le nœud de la question, et l'on doit regretter que l'auteur, doué de remarquables facultés d'investigation, n'ait pas fait converger ses efforts sur ce point décisif. Nous nous proposons de reprendre nous-même, dans un travail ultérieur, la discussion de cette très intéressante question.

Il ne nous reste qu'à mentionner le luxe avec lequel a été édité le beau volume dont il s'agit. D'habitude les ouvrages de science sont traités avec plus de sans-façon. Les coquetteries du format, du papier, de la typographie et de l'illustration sont, en général, réservées pour des productions littéraires, quelquefois fort insignifiantes. M. J. Rothschild paraît tenir à honneur de présenter au public des ouvrages sérieux « bien mis ». Nous l'en félicitons vivement. — M. L.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

De la longévité dans ses rapports avec l'histoire, l'anthropologie et l'hygiène. (A. Corradi. In *Annali universali di medicina e chirurgia*, vol. CCLXXXI, fasc. 843.) —

L'éminent professeur de Pavie a développé avec un talent magistral ce thème de haute philosophie qui a passionné les meilleurs esprits depuis si longtemps et qui est loin d'être épuisé, malgré tout ce qui a été publié à son sujet. C'est dans la seconde séance générale du VI[e] Congrès international d'hygiène tenu à Vienne, du 26 septembre au 2 octobre 1887, que M. le professeur Corradi a, en français, entretenu nos confrères de ses études sur cette grave question. La statistique a tenu naturellement la place importante ; elle nous a permis de constater qu'en Italie, dans les vingt dernières années, on avait enregistré 8 centenaires par million d'habitants. Sur les 380 individus dépassant leur siècle, 228 étaient dans la 100[e] année, 130 dans la 105[e] et 16 dans la 110[e] année.

Il faut lire avec quels soins, quelle méthode, quels aperçus originaux tous les cas de longévité extraordinaire ont été recueillis et expliqués : le sexe, l'état social, le *modus vivendi*, la fortune, l'aspect extérieur, le poids, le fonctionnement de tous les organes, le caractère, les défauts, les vices, les qualités, l'état spécial du cœur, des poumons, des voies urinaires, tout est analysé, passé au crible et pesé avec une attention méticuleuse. Ce travail se termine par l'étude historique d'un nommé Anastase Mélis (de Galtelli, en Sardaigne), mort à l'âge de 104 ans à l'hôpital Mauricien (de Turin). La vie entière de cet individu est une curieuse étude, et l'autopsie relève de nombreuses particularités organiques non soupçonnées du vivant de cet intéressant centenaire.

Le calomel comme diurétique. (Docteur E. Brugnatelli, assistant à la chaire de matière médicale de Pavie. In *Annali universali di medicina e chirurgia*, vol. CCLXXXI, p. 38.) — C'est en soupçonnant une affection syphilitique ancienne que M. le professeur Wagner eut l'idée, chez un cardiaque atteint d'anasarque, d'associer le calomel au jalap; deux jours après, il y eut une diurèse abondante qui débarrassa complètement le malade. Quelques semaines après, l'hydropisie étant revenue, le même traitement fut encore suivi et réussit comme la première fois.

Voici comment le médicament fut administré :

Le premier jour, 2 prises de calomel et jalap *àà* 0,20 centigr.; urine, 700 grammes; le deuxième jour, 4 prises; urine, 5,000 grammes; le troisième jour, 2 prises; urine, 9,500 grammes; le quatrième jour, 2 prises; urine, 8,250 grammes.

M. le docteur Brugnatelli a pu vérifier un grand nombre de fois le pouvoir diurétique du calomel uni au jalap et a obtenu toujours une polyurie très nette; le jalap donné seul ne produisait pas cet effet. C'est ordinairement après le quatrième jour que l'urine devient plus abondante. Lorsque l'on juge que la diurèse est suffisante, on supprime le médicament, dont l'effet dure encore quelque temps tout en diminuant d'intensité progressive. Le docteur Brugnatelli a tenu également à expérimenter, dans les maladies du cœur, les injections de calomel dont M. le professeur Scarenzio se sert journellement dans le traitement des affections syphilitiques; il espère en obtenir les mêmes résultats que par la voie stomacale.

Il semble acquis que l'expérience, faite d'abord par M. le docteur Jendrassik, du calomel associé au jalap comme diurétique, ait une réelle valeur, car les nombreux malades de M. le docteur Brugnatelli ont tous montré l'action puissante de ces substances, et si l'on songe combien est pauvre notre matière médicale en diurétiques énergiques et sûrs, on saura gré au médecin italien d'avoir publié ses observations.

Opération de gastro-entérostomie. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 70.) — M. le professeur Postempski (de Rome) a exécuté une opération de gastro-entérostomie pour un cancer du pylore, d'après la méthode de Wölfler. Les suites furent des plus simples, et le passage des aliments par la nouvelle voie gastro-intestinale s'établit promptement d'une façon satisfaisante. C'est la première opération de ce genre exécutée en Italie.

Ovaroclasie. — C'est le nom nouveau donné par M. le professeur Porro à l'opération qui consiste à détruire le tissu ovarique lorsque sa consistance est telle qu'il empêche l'extirpation de la glande, par exemple, dans la castration. C'est une sorte d'écrasement que l'habile opérateur a exécuté depuis lors un certain nombre de fois avec succès. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 70.)

Calcul urinaire volumineux rendu par l'urèthre. — Considérations sur la lithotritie chez les enfants. (Clinique de Naples : Professeur MORELLI.) — Un enfant de 8 ans est conduit à l'hôpital Melorio (de Santa-Maria Capua Vetere) pour une rétention d'urine des plus graves. La vessie dépassait l'ombilic de deux travers de doigt; les parties génitales externes étaient œdématiées et cyanosées, la température à 36°. Le cathéter se heurtait à un calcul dans la fosse naviculaire et ne pouvait aller au delà. Il fallut élargir au bistouri le méat; puis, au moyen d'une petite curette, on put extraire le corps étranger, qui parut brisé, et laissa supposer qu'une autre portion se trouvait plus profondément. En effet, on sentait le deuxième calcul à la partie prostato-membraneuse de l'urèthre, et par des manœuvres digitales d'arrière en avant, on finit par l'amener jusqu'au milieu de l'urèthre, où la curette put enfin parvenir à l'extraire. C'était un volumineux calcul de 0,028 milligr. de long et de large tout à fait en disproportion avec l'état des parties et l'âge du sujet. La vessie se vida aussitôt de son contenu, des toniques furent donnés pendant quelques jours à l'enfant, qui se rétablit très vite et quitta, guéri, l'hôpital.

M. le professeur Morelli termine cette observation en montrant les avantages de la lithotritie sur les autres méthodes de traitement des calculs chez les jeunes enfants.

Dr MILLOT-CARPENTIER (de Vic-sur-Aisne).

FORMULAIRE

SIROPS D'HYPNONE. — Lailler.

1° Hypnone, 20 gouttes ou 0 gr. 50 centigr.; alcool, 20 grammes; eau de laurier-cerise, 5 grammes; sirop de fleur d'oranger, 275 grammes. — Mêlez.

60 grammes de ce sirop renferment 4 gouttes d'hypnone.

2° Hypnone, 40 gouttes ou 1 gramme; alcool, 40 grammes; eau de laurier-cerise, 5 grammes; sirop de fleurs d'oranger, 255 grammes. — Mêlez.

60 grammes de ce sirop renferment 8 gouttes d'hypnone.

3° Hypnone, 80 gouttes ou 2 grammes; alcool, 40 grammes; eau de laurier-cerise, 5 grammes; sirop de fleur d'oranger, 255 grammes. — Mêlez.

60 grammes de ce sirop renferment 16 gouttes d'hypnone. — Si l'on ne veut prescrire que 4 gouttes d'hypnone, on a recours à la formule n° 1. Si l'on veut prescrire de 4 à 8 gouttes, on se sert de la formule n° 2. Enfin on a recours au n° 3, lorsque la dose d'hypnone dépasse 8 gouttes. — La quantité de sirop prescrite est versée dans une fiole de 150 grammes, que l'on remplit d'eau. — L'hypnone conseillée aux aliénés réussit à leur procurer du calme et du sommeil. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

CONTAGION DU CANCER? — Le docteur Hooper May rapporte dans le *Lancet* du 5 novembre un cas fort intéressant. En 1883, il perdait une de ses clientes. Cette femme, âgée de 53 ans, mourait d'un cancer utérin. Trois ans après, en 1886, le mari de cette femme avait un cancer du pénis. L'amputation de la verge qui fut aussitôt pratiquée ne sauva pas le malade. Il vient de succomber il y a peu de temps.

LA FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune a fait de grands ravages cette année :

A la Havane, dans la seule ville de ce nom, 328 personnes ont succombé pendant le trimestre de mai à juillet. A l'hôpital militaire, on a compté 199 décès dans ce même espace de temps, et 50 dans les quatre hôpitaux civils.

Il y a, à la Havane, une population moyenne de 250,000 âmes, composée comme il suit : 50,000 Espagnols européens; 3,000 Européens et Américains (non espagnols); 111,000 Espagnols cubains; 80,000 hommes de couleur et 7,000 Chinois. Les trois derniers groupes, sauf exception rare, échappent à la contagion; la fièvre jaune les respecte.

La maladie atteint surtout les étrangers non espagnols de race blanche, et cela surtout pendant les trois premières années de leur séjour. Après ce délai, l'acclimatement est obtenu.

Le chiffre total des décès pendant le même trimestre s'est élevé à 2,106.

(*Verœffentlichungen des k. Gesundheitsamts,* 15 nov.)

— Le *Boston med. and surgery Journal* annonce de même que la fièvre jaune a fait son apparition à Colon, en Bolivie et au Guatemala.

La variole a Milan. — La variole sévit avec violence à Milan; nombre de malheureux transportés dans les hôpitaux étaient atteints de variole noire. A la Rotonda, hôpital de varioleux, 67 malades étaient déjà en traitement à la fin de septembre. Ce chiffre monta à 189 en octobre (95 guéris, 46 morts, 48 restants). Enfin, en novembre, 115 varioleux occupent encore les salles. La mortalité totale s'est élevée à 32,6 p. 100.

Le nombre des cas survenus et traités dans les maisons particulières, aussi considérable, n'est pas encore connu. — Ch. S.

Aveugles aux Etats-Unis. — *The américan Lancet* de novembre 1887 nous apprend qu'aux Etats-Unis les secours officiels alloués aux aveugles s'élèvent à la somme de 25,000,000 de dollars par an (12,500,000 francs)! — Pendant la période de dix années finissant en 1880, le nombre des aveugles s'est accru de 150 pour cent, tandis que la population générale ne s'est augmentée que de 30 pour cent. — R.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 16 novembre 1887, et sur la proposition de l'Académie de médecine, ont été décernées les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1886 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Gerlier, à Ferney-Voltaire ; Teissier, à Lyon.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bassompierre, médecin-major, à Troyes ; Coustan, médecin-major, à Montpellier ; Dechaux, à Montluçon ; Ollé, à Saint-Gaudens ; Reumaux, à Dunkerque ; Rondet, à Albigny ; Schmit, médecin-major, à Rambervillers ; Sollaud, médecin de première classe de la marine, à Cherbourg.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Blanquinque, à Laon ; Bovier, à Montauban.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Gauron, à Pont-Sainte-Maxence ; Gils, médecin-major, à La Rochelle ; Jaurès, à Dourgne ; Jenot, à Dercy ; Mongin, à Vitry-le-François ; Neis, à Pont-Croix ; Piot, à Aiguebelle ; Roy, à Saint-Martin-de-Ré ; Stutel, à Saint-Dié.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 octobre 1887, l'hospice des Incurables, à Ivry, prendra, à l'avenir, le nom d'hospice d'Ivry.

— La séance annuelle de l'Académie des sciences aura lieu, cette année, le lundi 26 décembre, à une heure.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Piéchaud, agrégé, est chargé d'un cours annexe de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

— M. le docteur Boisson est nommé médecin adjoint du lycée Lakanal (emploi nouveau).

— M. le docteur Couturier, médecin adjoint du lycée de Saint-Etienne, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Riembault, décédé.

Ecole de médecine de Reims. — M. Delacour, professeur de clinique interne, est nommé directeur de ladite Ecole.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Vésian, professeur de géologie et de minéralogie, est nommé doyen.

Faculté des sciences de Caen. — M. Ditte, professeur de chimie, est nommé doyen.

La statistique de la petite vérole en France. — Bien des Français s'imaginent que la petite vérole, grâce à la diffusion de la vaccine en France, fait peu de victimes dans notre pays. C'est là une erreur qu'il est utile de dissiper. Il nous suffira de prendre au hasard une des statistiques officielles adressées par l'Académie de médecine à M. le Ministre du commerce.

Nous avons sous la main celle de 1880. Voici ce que nous y lisons : Dans différents départements français, il y a eu 2,997 décès par variole. On pourrait facilement doubler ce chiffre, car 38 départements, et parmi eux des plus importants (Rhône, Gironde, Haute-Garonne), n'ont fourni aucun document en temps utile.

Dans cette statistique, sortie des bureaux de l'Académie et des presses de l'Imprimerie nationale, nous relevons de singulières erreurs, — du rapporteur ou du typographe ? — Ainsi, dans le département du Gers, 765 sujets atteints de la petite vérole n'ont occasionné aucun décès ; par contre, dans le Morbihan, 580 sujets ont fourni, d'après le *rapport officiel*, QUATRE CENT TRENTE-QUATRE DÉCÈS. Le Rhône tient une place exceptionnelle dans ce document. La maladie aurait défiguré ou rendu infirmes 420 personnes, sans déterminer aucun décès.

Dans la seule ville de Lyon, dont la population égale à peu près celle de la moitié du département, il y eu, en 1880, 395 décès par variole. C'est l'épidémie la plus grave qu'ait subie notre ville, exception faite pour l'année terrible 1870-71.

Nous laissons au lecteur le soin de tirer d'un tel document les conclusions qu'il comporte, tant au point de vue administratif qu'au point de vue scientifique. (*Lyon médical*).

Souscription pour une médaille en souvenir de M. le professeur Gosselin. — Quelques-uns des anciens élèves et des amis de M. le professeur Gosselin ont résolu de faire reproduire ses traits sur une plaquette en bronze dont l'exécution a été confiée à un éminent artiste, M. O. Rotty, statuaire médailliste, l'auteur de la médaille commémorative du centenaire de M. Chevreul.

A cet effet, vient de s'ouvrir une souscription à laquelle sont invités à prendre part tous ceux qui ont connu le professeur Gosselin et qui désirent, en donnant un témoignage de respect et d'affection à sa mémoire, conserver de lui un souvenir durable. Un comité dont font partie MM. Tillaux, Lannelongue, Périer, Berger, s'est chargé de recueillir les adhésions à cette souscription. — Le montant de la cotisation est de 20 francs.

Chaque souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette en bronze dans un écrin.

La souscription sera définitivement close le 25 décembre 1887.

Les personnes qui, par suite d'une omission ou d'une erreur, n'auraient pas reçu de lettre d'avis personnelle, sont priées d'envoyer leur adhésion, avant cette date, à M. le docteur Berger, 4, rue du Bac, à Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Méhu, membre de l'Académie de médecine, et de M. Poussier, élève de l'Ecole de médecine de Rouen.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 décembre 1887, à quatre heures, au Palais de Justice. Salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 14 novembre. — 2. Renouvellement du bureau pour l'année 1888. — 3. Election des deux vice-présidents, des deux secrétaires annuels, des trois membres sortants de la Commission permanente. — 4. Nomination de la Commission d'élection chargée du rapport sur les candidatures au titre de membre titulaire et de membre correspondant. — 5. M. Mégnin : La faune des tombeaux, nouvelles applications de l'entomologie à la médecine légale. — 6. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Anatomie pathologique et complications de l'urémie (1).

(Leçon recueillie par M. Besançon, interne du service).

3° *Membranes séreuses.* — Les membranes séreuses, qui représentent aussi des surfaces d'exhalation, sont moins fréquemment lésées que les membranes muqueuses. Néanmoins, elles peuvent être altérées pour la plupart. Ce sont, par ordre de fréquence, la plèvre, le péricarde, le péritoine et les méninges.

Les désordres que l'on y constate sont des phlegmasies exsudatives, caractérisées par un exsudat albumino-fibrineux en général peu abondant, et par une formation membraneuse à la surface de la séreuse qui s'épaissit et devient opalescente. Il s'y joint un épanchement séreux ou séro-sanguinolent.

Ces lésions sont assez communes dans la *plèvre*, où l'épanchement peut devenir abondant. La pleurésie qui survient dans ces conditions est toujours consécutive à une longue série d'accidents urémiques. Elle se montre particulièrement au cours de la néphrite interstitielle des artério-scléreux et des saturnins. Elle est sans tendance à la guérison, et son apparition précède habituellement de peu la mort des malades.

Le *péricarde* est plus rarement touché. Cette séreuse pourtant a été trouvée enflammée dans un certain nombre de cas d'urémie, et mention en est faite par Bright, Christison, Gregory et Rayer. Plusieurs observations de ce genre, recueillies dans mon service, ont fourni le sujet de la thèse d'un de mes élèves, le docteur Keraval (2). Il s'agit d'une péricardite sèche, récente, sans adhérences solides. La cavité péricardique ne contient qu'une faible quantité de sérosité, quelquefois rosée. Inutile d'ajouter que l'endocarde est sain ou porteur de lésions de toute autre nature. Cette péricardite ne se manifeste cliniquement que par des frottements ; aussi passe-t-elle souvent inaperçue pendant la vie. Ce serait du reste une erreur grossière que de confondre ces péricardites urémiques, toujours récentes et légères, avec les péricardites prolifératives qu'on rencontre chez les rhumatisants, alors même qu'ils sont atteints de néphrite.

Le *péritoine* est souvent opalin chez les urémiques. Quant aux *méninges*, la plupart du temps elles sont molles, et se font remarquer sur quelques points par un léger épaississement, une coloration blanchâtre et un défaut de transparence.

Les lésions méningées sont souvent plus accentuées quand l'urémie dépend d'une néphrite suppurative ascendante et accompagne la suppuration des voies urinaires. Mais la méningite reconnaît sans doute alors un autre procédé, et relève vraisemblablement d'une infection.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 décembre 1887.
(2) Keraval : *De la péricardite urémique.* (Th. de Paris, 1879.)

Les altérations des *membranes séreuses articulaires* sont à peu près nulles dans l'urémie, ou, si elles existent, elles sont d'un autre ordre que les précédentes, et dépendent de la cause générale dont l'urémie n'est qu'un effet médiat.

Il est légitime de supposer que les modifications des diverses séreuses, telles que nous venons de les décrire brièvement, sont provoquées par l'exhalation à leur niveau de principes excrémentitiels. L'urémie ne serait pas du reste la seule intoxication où se montrent de tels désordres, puisque l'existence de la méningite et de la péritonite alcooliques est hors de doute. Toutefois, quelques expériences pratiquées par le Dr Keraval, et dont le détail est consigné dans sa thèse, n'ont pas suffi à rendre manifeste la réalité de ce mode pathogénique. L'injection intra-péricardique d'urée et de carbonate d'ammoniaque, notamment, est restée sans résultat.

4° *Peau.* — De même que le tégument interne, la peau est un organe d'excrétion qui vient en aide à la fonction du rein. Il est donc permis de supposer *a priori*, que le tégument externe peut être modifié, dans l'urémie, par l'exagération de son fonctionnement, ou par suite du passage anormal à son niveau de résidus organiques habituellement excrétés par la voie rénale. Ces *urémides* seraient ainsi, par le fait, de véritables éruptions toxiques; et leur existence est aussi admissible que celle des éruptions pathogénétiques ou médicamenteuses. Elle s'expliquerait par un mécanisme analogue, et les *cristallisations d'urée* à la surface de la peau, observées par quelques médecins, démontrent leur possibilité. Dès longtemps, les auteurs se sont aperçu d'une relation entre certaines dermatoses et les néphropathies, mais le rapport de causalité qui les unit a été, suivant les cas, inversement interprété. Tantôt, en effet, la néphrite semblait consécutive à l'affection cutanée; tantôt, au contraire, celle-ci paraissait postérieure à celle-là. On aurait pu ajouter que, dans beaucoup de faits, lésion cutanée et lésion rénale sont deux expressions connexes ou contemporaines d'une même cause plus générale.

Il est peu de formes éruptives qui n'aient été signalées au cours de l'urémie. Leur énumération comprendrait presque toutes les modalités morphologiques des lésions cutanées. Dans un très bon travail, Thibierge (1) en a fait récemment une étude détaillée. Un de nos élèves, le Dr Persy (2), a essayé à son tour, à l'aide de matériaux puisés dans notre service et dans nos leçons, d'en tracer l'histoire d'ensemble, et de démêler dans la masse des faits les quelques éruptions qu'il est légitime de rattacher à l'insuffisance rénale, par un rapport direct de cause à effet.

Il est facile de comprendre qu'il y ait, en pareil cas, une sélection à opérer, puisque, indépendamment de l'urémie, plusieurs autres causes peuvent entrer en jeu, telles que la prédisposition du sujet et l'action des agents thérapeutiques.

Effectivement, la néphrite artérielle qui est la lésion rénale le plus souvent suivie d'urémie, étant un désordre commun de la maladie désignée sous le nom d'herpétisme et même un de ses modes de terminaison, on conçoit que des éruptions cutanées puissent se produire dans le cours de cette affection, par le fait même de la prédisposition générale et sans par-

(1) Thibierge : *Des relations des dermatoses avec les affections des reins et l'albuminurie.* (*Annales de derm. et de syph.*, 1885, p. 424 et 511)t

(2) P. Persy : *Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'urémie.* (Th. Paris, 1887.)

ticipation aucune de la lésion rénale. Or, ces éruptions ont nécessairement le caractère de celles qui appartiennent à l'herpétisme. Elles sont prurigineuses, ordinairement sèches ou peu suintantes, symétriques, et partout faciles à distinguer. Il y a là un premier groupe de dermopathies coïncidant fréquemment avec l'urémie, mais n'y ressortissant en aucune façon. La plupart des faits de prurit, d'urticaire, d'acné, d'eczéma, de lichen, de psoriasis, indiqués comme *éruptions rénales*, rentrent dans cette catégorie.

Un second groupe d'éruptions, sans rapport immédiat avec l'urémie, résulte de l'action pathogénétique de certains médicaments, qui, n'étant plus excrétés par le rein, sont éliminés par la peau et y provoquent des modifications. Ces dernières lésions varient naturellement suivant l'agent employé, et il importe pour les diagnostiquer de bien connaître la physionomie des éruptions pathogénétiques.

Le déterminisme de ces deux ordres d'affections une fois opéré, il reste à se demander s'il existe vraiment des *urémides*, c'est-à-dire des dermatoses directement imputables à l'élimination des produits excrémentitiels par la voie cutanée. La réponse à cette question n'est pas sans difficulté. Elle ne peut être donnée affirmativement qu'autant qu'on se trouve en présence d'éruptions, différant de celles des deux groupes précédents, et ayant un aspect bien spécial. De plus, il faut absolument, pour qu'on soit en droit de rattacher une éruption à l'urémie, qu'elle ait ce trait commun à tous les symptômes de l'insuffisance rénale, d'alterner ou de coïncider avec d'autres accidents urémiques.

Peu de lésions semblent remplir ces conditions, et être manifestement tributaires de l'urémie. Peut-être cependant quelques *éruptions érythémateuses et papuleuses* méritent-elles qu'on leur donne cette signification. Quinquaud (1) et son élève Duval (2) ont signalé l'existence d'un exanthème se manifestant en général au niveau des membres et de la poitrine, surtout à sa face antérieure, sous forme de taches arrondies, peu saillantes, s'effaçant momentanément sous la pression du doigt. D'une coloration rosée, assez semblable à celle de l'exanthème morbilleux, ces taches ont cependant une teinte plus variable que dans l'éruption qui caractérise la rougeole. Elles ne sont pas prurigineuse, et pâlissent au bout de quelques jours, en provoquant à peine une légère desquamation farineuse. Chez une femme de notre salle Lorain, dont l'observation est rapportée par Persy, une éruption de ce genre se montra au cours d'une fièvre typhoïde à forme rénale, avec céphalalgie violente et dyspnée urémique.

Il faut être très circonspect avant de rattacher formellement de telles éruptions à l'insuffisance de l'émonctoire rénal. Un fait de Rosenstein cité partout comme un exemple de *roséole urémique*, a trait en réalité à une éruption infectieuse, consécutive à une néphrite ascendante suppurée.

Un médecin hollandais, Huet, un médecin danois, Bruzelius, ont décrit une autre variété d'érythème urémique. Il consisterait en des plaques surmontées de saillies papuleuses, violacées plutôt que rouges, et ressemblant assez à l'érythème noueux. Ces élevures s'affaissent bientôt, tandis que les plaques s'étendent, deviennent confluentes, et forment une

(1) Quinquaud : *Note sur les affections cutanées d'origine rénale.* (*Tribune méd.*, juin 1880.)

(2) Duval : *Des éruptions rénales.* (Thèse de Paris, 1880.)

sorte d'érythème plus ou moins étendu, sur lequel se produit au bout de quinze à vingt jours une desquammation furfuracée légère. L'éruption est généralisée, mais elle occupe de préférence au début la paume des mains, la plante des pieds, les avant-bras et le visage. Elle ne se montrerait qu'à la période terminale des néphrites chroniques, et serait d'un pronostic fâcheux.

Plusieurs fois nous avons vu se produire une éruption assez sensible dès le lendemain d'une forte attaque d'urémie. Il s'agissait de papules saillantes, plus volumineuses parfois que celles de l'érythème noueux et qui se montraient de préférence sur les points exposés à une pression, la partie interne des genoux, les fesses, etc. Ces élevures ne tardaient pas à s'affaisser et à disparaître, laissant à leur suite une légère desquamation; nous ne les avons jamais rencontrées aux mains.

Des *éruptions pustuleuses ou furonculeuses* se rencontrent bien plus fréquemment au cours de l'urémie. Une jeune fille urémique de mon service, couchée en 1885 au nº 1 de la salle Lorain, présenta une éruption pustuleuse spéciale. Cette malade, qui avait une peau blanche et très fine, offrit à plusieurs reprises de larges pustules arrondies, nummulaires, au niveau du thorax et des membres. Tout d'abord nous eûmes l'idée que cet accident était peut-être attribuable à la médication bromurée dont elle faisait usage. Mais plus tard l'éruption reparut, à un moment où cette médication était depuis longtemps délaissée. D'autre part, presque tous les auteurs qui se sont occupés de la fièvre typhoïde à forme rénale, ont noté la plus grande fréquence de l'ecthyma et des furoncles dans cette variété de la dothiénentérie. Il nous est cependant interdit de voir dans ces désordres cutanés l'expression directe du trouble urémique. Admettons seulement que la nutrition des tissus chez les brightiques est ainsi modifiée qu'elle favorise la production de ces accidents, dont la cause immédiate paraît être un parasite microbien.

Il nous reste à dire un mot d'une *éruption pemphigoïde* non encore signalée au cours de l'urémie. Nous en avons observé deux faits, dont la relation détaillée se trouve dans la thèse de notre élève Persy. Cette éruption se montrait sous forme de bulles arrondies, volumineuses, remplies d'un liquide limpide et légèrement citrin, entourées d'une zone érythémateuse assez étroite et disséminées sans ordre au nombre de huit ou dix sur les membres inférieurs et sur les fesses. Il s'agissait, dans les deux cas, de malades frappés d'une attaque solennelle d'encéphalopathie urémique. Aussi nous a-t-il paru que cette éruption bulleuse était subordonnée à une modification des centres nerveux, et était l'analogue des *pemphigus nerveux* qui accompagnent quelquefois l'apoplexie cérébrale commune ou la paralysie générale.

Des *congestions* et des *hémorrhagies* diverses, ayant pour siège le nez, les bronches, la bouche, l'estomac, l'intestin, la peau, plus rarement l'utérus, font quelquefois cortège aux accidents urémiques. Les épistaxis sont, de toutes ces hémorrhagies, les plus communes; elles sont parfois difficiles à arrêter et se répètent dans les jours qui précèdent la mort. Les hémoptysies sont plus rares, et cependant il m'est arrivé de voir deux fois, dans ces derniers temps, des malades atteints de néphrite interstitielle être pris de dyspnée et d'hémoptysie à peu près simultanément. Mais le plus curieux, c'est que l'hémoptysie disparut chaque fois avec la crise de dyspnée urémique. La gastrorrhagie et l'entérorrhagie ne présentent rien de bien

remarquable, si ce n'est leur coexistence avec l'urémie. Il est bon de se souvenir que les selles sanglantes peuvent être provoquées par des ulcérations du gros intestin, mais il n'est pas moins vrai que, dans certains cas, ces hémorrhagies, comme je l'ai vu tout récemment, ne se rattachent à aucune lésion appréciable et résultent vraisemblablement, ainsi que les épistaxis, d'une modification du liquide sanguin, ou d'une action du système nerveux sur les vaisseaux; le sang extravasé est alors pur, contrairement à ce qui a lieu dans les hémorrhagies liées à un désordre matériel du gros intestin où il se trouve mélangé avec du mucus épaissi. La métrorrhagie est une forme très peu commune, mais que j'ai eu l'occasion d'observer chez quelques femmes atteintes de néphrite interstitielle. Quant aux hémorrhagies cutanées, elles se présentent sous la forme de petites taches circulaires, disséminées ordinairement sur les membres inférieurs, et prennent l'aspect du purpura miliaire.

Quelquefois, cependant, les taches purpuriques s'élargissent en plaques étendues, comme chez un malade que nous avons récemment observé au n° 36 de la salle Piorry. Dans ce cas, l'examen histologique de plusieurs filets nerveux, isolés au voisinage des taches de purpura, n'a montré aucune altération appréciable. Les vaisseaux étaient également sains, et les coupes de la peau faisaient voir une angiectasie et une extravasation sanguine considérables, sans qu'il fût possible de déceler des ruptures vasculaires.

Toutes ces hémorrhagies rentrent, en effet, dans le cadre des hémorrhagies par diapédèse, ou hémorrhagies dynamiques. Les tissus qui en sont le siège ne présentent aucun autre désordre matériel, et il est impossible de les attribuer, avec Traube, à l'hypertrophie du cœur et à l'augmentation de la pression dans le système artériel. Il n'est pas toujours facile, en clinique, de les rapporter à leur véritable cause, et leur diagnostic repose tout spécialement sur leur coexistence avec les phénomènes habituels de l'urémie. Leur signification pronostique est des plus graves (1).

Ajoutons enfin que la plupart des tissus, baignés par les produits excrémentitiels, sont mal nourris, et que le moindre traumatisme peut provoquer une gangrène. Les interventions chirurgicales prennent enfin, chez les urémiques, une gravité particulière.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (1).

Contribution à l'étude du développement de la face. — Etude sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure, par A. Broca, prosecteur à la Faculté. (*Annales de gynécologie*, août, septembre, octobre 1887.) — Albrecht a soutenu qu'il existe quatre os inter-maxillaires, fait discuté. J'avais entendu M. Dareste, dans les conférences qu'il fait au laboratoire de l'Ecole pratique, signaler l'idée d'Albrecht, tout en déclarant qu'il n'avait pas d'opinion personnelle sur la question, mais qu'il avait vu une tête de cheval qui justifiait la manière de voir d'Albrecht. M. le docteur Broca, dans

(1) Voy. Pellegrino Levi : *Etude sur quelques hémorrhagies liées à la néphrite albumineuse et à l'urémie.* (Th. Paris, 1864.) — Fillioux : *Des hémorrhagies dans les maladies des reins.* (Th. Paris, 1865.) — Auvert : *Sur les hémorrhagies survenant dans le cours du mal de Bright.* (Th. Paris, 1879.) — S. Gee : *Saint Bartholomew's hosp. Reports,* t. XVI.

(2) Suite et fin. — Voir le numéro du 10 décembre 1887.

son mémoire sur le bec-de-lièvre, montre que la théorie des quatre inter-maxillaires explique seule certaines fissures. Cette étude très concise ne peut être analysée et nous ne saurions trop recommander aux lecteurs curieux de science pure, et en particulier de science embryologique, de lire le travail de M. Broca, *in extenso*.

Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement, par H. Varnier. (*Annales de gynécologie*, juillet 1887.) — Il y a eu, depuis Mauriceau, deux théories sur l'effacement du col; chacune régnait à son tour, suivant que le maître le plus en vogue adoptait l'une ou l'autre. Tantôt on soutenait que le col s'efface pendant la grossesse à partir du sixième mois; tantôt on soutenait qu'il conservait sa longueur. Cette dernière opinion était celle de Stoltz, qui ne l'appuya sur aucune preuve anatomique. La première, qui appartient à Mauriceau, fut reprise par les Allemands. Ceux-ci soutinrent, avec Bandl, que la portion supra-vaginale du col s'effaçait, et qu'on pouvait distinguer sur des femmes mortes pendant la grossesse la portion effacée du col de la portion du segment inférieur dont elle était la continuation, parce que le tissu musculaire était aminci à ce niveau, col et segment inférieur étant séparés par un anneau saillant mince, qui fut décoré du nom d'anneau de Bandl. La démonstration coûta, dit-on, en appareils pour congeler les femmes, en dessinateurs et en graveurs, des sommes fabuleuses.

Reste à savoir si les faits constatés en Allemagne et en France, où la théorie fut acceptée d'abord d'emblée, avaient été bien interprétés. Cette portion amincie du segment inférieur était-elle bien le col effacé? Il est assez singulier que personne n'ait songé, même en Allemagne, où les lunettes ne manquent pas, à examiner la muqueuse de cette portion amincie du segment inférieur pour voir si elle avait les caractères de la muqueuse du corps ou du col.

M. Varnier, s'appuyant sur des pièces anatomiques recueillies par MM. Schrœder, Pinard, Hofmeyer et Waldeyer, étudie la question et arrive à ces deux premières conclusions : le col s'hypertropnie pendant la grossesse; il conserve sa longueur jusqu'au début du travail.

Mais alors, dit M. Varnier, qu'est le segment inférieur de l'utérus gravide que Bandl, après Mauriceau et Rœderer, considérait comme développé pendant les derniers mois de la grossesse aux dépens du col? C'est ce que nous allons examiner.

Lorsqu'on fait une coupe verticale médiane et antéro-postérieure du col et du corps d'un utérus gravide à terme, voici ce que l'on constate (Taylor, Macdonald, Pinard, Hofmeier, Waldeyer) :

L'organe est divisé en deux parties distinctes : le col, le corps.

Le col, très ramolli, œdémateux, hypertrophié, mesure de 3 à 5 centimètres de l'orifice externe *au niveau duquel cesse la muqueuse cervicale et où commence la caduque.*

Le corps de l'utérus est divisé en trois zones : l'inférieure, la moyenne et la supérieure.

La zone inférieure est notablement moins épaisse que la zone moyenne. La différence peut aller de 5 millimètres à 1 centimètre. Cette différence d'épaisseur cesse, en général, assez brusquement à 5 ou 7 centimètres au-dessus de l'orifice interne, sans qu'il existe cependant à l'union des deux zones un anneau saillant reconnaissable sur la coupe.

Lorsque, comme l'a fait Bandl dans les cas consignés dans son mémoire, on sectionne un utérus dont on a, par l'opération césarienne, extrait le fœtus, l'aspect des parties devient un peu différent. Le col conserve, ainsi que le segment inférieur, les caractères que nous avons étudiés précédemment; mais, au niveau du point, l'amincissement cesse, c'est-à-dire à l'union de la zone inférieure et de la zone moyenne, on voit se former, par suite de la rétraction de l'organe, un anneau saillant à l'intérieur, qu'on retrouve également sur l'utérus en travail et sur l'utérus en voie de régression. Cet anneau est l'anneau de Bandl, l'orifice interne du canal de Braum. C'est lui que Braum prenait pour l'orifice interne du col.

Pour M. Pinard, cet amincissement du segment inférieur de l'utérus est dû à la pression du pôle fœtal. La preuve en est qu'*il se retrouve sur le segment supérieur de l'utérus, au point occupé par le pôle opposé.*

Ce fait anatomique démontre, à mon avis, la réalité de ce que j'ai écrit dans ce journal touchant l'élongation du tissu musculaire utérin sous l'influence des pressions passives et actives (poussée fœtale) exercées par l'œuf et son contenu. Je ne donnais que des preuves cliniques tirées des sensations perçues par le doigt qui touche ou la main qui palpe. Voilà des preuves anatomiques, des preuves vues, qu'on me passe l'expression.

Le fait est bien réel. Ce n'est pas une illusion, une théorie. Ce que des observateurs tels que Mauriceau et Stoltz ont dit du raccourcissement du col n'est vrai qu'en apparence. Lorsqu'on pratique le toucher à la fin de la grossesse, le col est si mou qu'il s'effondre sous le doigt. M. Pinard a bien fait ressortir cette erreur et sa vraie cause en recommandant, pour apprécier la longueur du col, de le mesurer au retour du doigt et non pas à l'aller. Si le col est perméable et qu'on pratique le toucher intra-cervical, il semble qu'on ait à parcourir un canal de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres pour arriver à l'orifice interne; mais, en ramenant doucement le doigt de l'orifice interne à l'orifice externe, on a la sensation d'un parcours de 3, 4 et même 5 centimètres. M. Varnier a constaté ces dimensions par la mensuration directe. Cette notion de la longueur du col a une importance clinique. M. Pinard dit : « Si, examinant à la fin de la grossesse une femme qui n'a ni jumeaux, ni hydropisie de l'amnios (deux conditions pouvant produire la déhiscence du col) et chez qui l'on n'a pas, avant vous, pratiqué des touchers répétés, vous trouvez le col effacé au retour aussi bien qu'à l'aller, cette femme est en travail. »

M. Varnier termine en montrant le rôle important des expansions et amincissements du segment inférieur dans le mécanisme de l'hémorrhagie par insertion vicieuse. M. Pinard, comme on sait, leur attribue les hémorrhagies qu'on observe dans ces cas, mais non à la façon de Jacquemier, qui pensait que le développement du segment inférieur décollait les cotylédons qui ne pouvaient suivre l'expansion. M. Pinard croit que les membranes sont la principale cause de décollement. Elastiques, elles s'étendent avec le tissu utérin; résistantes, elles tiraillent le placenta et le décollent ou se rompent. De là la fréquence des ruptures prématurées dans le cas d'insertion vicieuse, sans hémorrhagie. Nous avons déjà entretenu les lecteurs de l'*Union* de ces faits cliniques, et des nombreux cas dans lesquels le docteur Pinard, supprimant le tampon, a arrêté l'hémorrhagie en rompant largement les membranes.

De la perforation des petites lèvres. — Son mode de production, par M. Budin, agrégé, accoucheur de la Charité. (*Progrès médical*, 29 octobre.) — M. Secheyron avait décrit, dans les *Annales de gynécologie*, la perforation en boutonnière des petites lèvres. M. Budin montre que cette sorte de déchirure est le prolongement d'une fente de l'orifice vaginal survenue après le premier accouchement. La déchirure n'atteint pas le bord des petites lèvres. Celles-ci, abondamment pourvues de tissu élastique, se rétractent; la réunion ne se fait pas et la boutonnière persiste. H. Stapfer.

A propos de l'hystérectomie vaginale.

Nous publions, à titre de documents, les deux lettres suivantes, qui ont été communiquées à M. le président de l'Académie de médecine dans sa séance du mardi 6 décembre 1887.

Monsieur le président,

Dans son rapport sur les mémoires présentés à l'Académie, à propos de la question de l'hystérectomie vaginale, M. le professeur Le Fort me fait l'honneur de citer ma statistique en s'appuyant sur les chiffres mentionnés par les auteurs des mémoires envoyés au concours académique.

D'après ces auteurs, sur 9 cas d'hystérectomie vaginale, j'aurais eu 4 guérisons et 5 morts. Je ne sais où ces chiffres ont été pris; en tous cas, ils sont *absolument erronés*.

Mes 9 premières opérations d'hystérectomie vaginale, dont 6 sont publiées dans les *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie* en 1885, 1886 et 1887, m'ont donné : 6 guérisons et 3 morts, et non 4 guérisons et 5 morts.

J'ajouterai que, sur les 19 malades que j'ai opérées jusqu'à ce jour, j'ai eu comme résultats opératoires : 14 guérisons et 5 morts; soit 26,31 p. 100 d'insuccès opératoires.

C'est après en avoir conféré avec M. le professeur Le Fort, que je me permets de vous adresser cette rectification.

Recevez, Monsieur le président, l'assurance de ma profonde considération.

F. Terrier.

Monsieur le président,

A la séance de mardi dernier, M. le professeur Le Fort, s'appuyant en partie sur quelques-unes de mes observations, a cru pouvoir donner 44 p. 100 comme chiffre de la mortalité opératoire après l'hystérectomie vaginale, entre les mains des chirurgiens français qui s'occupent aujourd'hui de cette question. De tels résultats nous feraient peu d'honneur, s'ils n'avaient pour cause un malentendu.

Aux exemples de cancers de l'utérus invoqués par M. Le Fort pour établir ce chiffre, il me paraît juste d'ajouter plusieurs faits de même ordre qui, sans doute, ne sont pas venus à sa connaissance et, en outre, les observations relatives à des affections non cancéreuses. Ainsi, rectifiée, ma statistique donne 7 morts sur 26 cas, proportion d'insuccès qui n'approche guère du chiffre décourageant énoncé par notre excellent maître.

J'ajoute qu'étant donnée la nature des cas où je n'ai pas réussi, j'ai le ferme espoir de réduire encore, et dans une large mesure, les 25 p. 100 de mortalité fournis par la statistique générale.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'expression de mon respectueux dévouement.

L.-G. Richelot.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Laparotomie pour un cas de calculs biliaires. — Traitement du pied-bot. — Cure radicale des hernies. — Présentation de pièce pathologique. — Présentation de malade opéré d'un kyste à grains riziformes de la main.

M. Thiriar, membre correspondant à Bruxelles, adresse une observation, lue par M. le secrétaire général Chauvel, relative à un cas de laparotomie qu'il a pratiquée avec succès sur un malade atteint de calculs biliaires dont il souffrait cruellement depuis vingt ans environ. Les souffrances s'étant accentuées encore, dans ces derniers mois, au point de rendre la vie insupportable, M. Thiriar, sur les instances du malade, consentit à lui pratiquer l'opération de la cholécystotomie, encouragé d'ailleurs, dans ce dessein par les succès qu'il avait obtenus de cette opération dans cinq autres cas de lithiase biliaire.

Dans les recherches auxquelles il dut se livrer après l'incision de la paroi abdominale, pour trouver la vésicule biliaire dont il voulait pratiquer l'ablation, le chirurgien, à défaut de la poche absente, rencontra d'abord, sous la séreuse du côlon tranverse, un gros calcul qu'il dégagea facilement, à l'aide d'une petite incision, puis un second calcul, dans le mésocôlon, qu'il enleva de même, enfin un amas considérable d'autres calculs, au-dessus du duodénum, au voisinage du conduit cholédoque. Poussant plus loin ses recherches, M. Thiriar constata que la vésicule biliaire était atrophiée et que, chose remarquable, la séreuse péritonéale était parfaitement saine. Renonçant alors à toute nouvelle tentative d'extraction, le chirurgien sutura la plaie abdominale. Celle-ci était cicatrisée au bout de quelques jours, et, conséquence curieuse, le malade, depuis cette époque, n'a plus ressenti aucune atteinte des douleurs dont il souffrait depuis vingt ans.

Dans l'explication qu'il donne de ce fait étrange, M. Thiriar suppose que les calculs accumulés dans la vésicule biliaire ont usé les parois de ce réservoir et sont tombés dans l'arrière-cavité des épiploons. Deux d'entre eux se seraient séparés ensuite de l'amas pour venir faire saillie sous la séreuse où on les a rencontrés.

M. Pozzi, qui assistait à l'opération pratiquée par M. Thiriar, croit pouvoir donner une autre interprétation. Il pense que la rupture de la vésicule s'est faite, non dans le péritoine, mais sous le péritoine. Réunis dans l'ampoule de Vater, ils l'ont ulcérée et ont formé une première colonie autour du conduit cholédoque ; de cette colonie quelques-uns se sont détachés et, après avoir cheminé entre les feuillets du péritoine, se sont fixés dans les replis épiploïques, au voisinage de l'estomac, du duodénum et du côlon transverse.

— M. Charles Monod présente un petit garçon auquel il a pratiqué l'extraction de l'astragale pour un pied-bot *varus équin* ; il met en même temps sous les yeux de ses collègues, le moule en plâtre du pied avant l'opération, pour montrer les bons résultats de cette dernière.

— M. Terrillon présente également les moules du pied d'un enfant atteint de la même difformité et auquel il a pratiqué l'ablation de l'astragale combinée avec la section du tendon d'Achille.

M. Schwartz rappelle que, dans sa thèse, il a réuni un certain nombre d'observations de pied-bots varus guéris par l'extraction de l'astragale ; mais, dans les cas où, comme dans celui de M. Terrillon, le *varus* est combiné avec l'*équin*, il faut presque toujours enlever, surtout à la partie externe, un coin du calcanéum ou du cuboïde.

M. Berger fait remarquer l'analogie qui existe entre le résultat obtenu par M. Terrillon et celui qu'il a obtenu lui-même chez le malade qu'il a présenté dans la dernière séance.

M. Le Dentu promet de présenter prochainement une femme atteinte de pied-bot varus équin, à laquelle il a dû enlever l'astragale, le cuboïde, un angle du calcanéum et une portion du scaphoïde. Malgré une suppuration qui n'a pu être évitée, la plante du pied est devenue plate et la malade marche plus facilement.

M. Championnière ne croit pas qu'il y ait avantage à faire des ablations osseuses trop considérables; l'action musculaire suffit souvent, en effet, pour achever l'œuvre commencée par l'opération, que l'on peut compléter, du reste, par une intervention nouvelle, s'il est nécessaire.

M. Léon Le Fort n'est point partisan de la tarsectomie chez les enfants. On obtient chez eux, avec le temps, des résultats très remarquables à l'aide des appareils, il espère pouvoir, dans la prochaine séance, montrer un enfant atteint de la même difformité, et chez lequel il est parvenu à rendre la marche de beaucoup meilleure, grâce à un simple appareil plâtré.

Chez les adultes, M. Léon Le Fort préfère à la tarsectomie l'amputation ostéo-plastique du pied suivie de l'usage d'un appareil orthopédique.

— *Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies :* M. Léon Le Fort ne saurait accepter le reproche que lui a fait M. Polaillon d'être trop sévère pour l'opération de la cure radicale des hernies. Sans doute, M. Le Fort croit devoir proscrire cette opération appliquée aux hernies simples, mais il l'admet dans plusieurs circonstances : par exemple, chez les individus pauvres, forcés de travailler pour gagner leur vie, dont la hernie est difficile à contenir et qui ne peuvent pas acheter de bons bandages; — ou bien encore dans les cas d'épiplocèles irréductibles avec tendance continue à l'accroissement; — dans les hernies congénitales, avec ectopie testiculaire rendant impossible le port d'un bandage; enfin, dans les cas de hernies exposées à des accidents inflammatoires plus ou moins fréquents.

M. Tillaux, en intervenant dans la discussion, désire seulement examiner les points suivants :

1° La cure radicale guérit-elle définitivement les malades de leur hernie?

2° Cette opération est-elle absolument inoffensive?

3° Quelles en sont les véritables indications?

A la première question, M. Tillaux répond : Non, l'extirpation du sac herniaire n'est pas en réalité une cure radicale; elle n'empêchera pas le plus souvent la récidive.

M. Tillaux ne saurait partager l'opinion de M. Championnière, d'après laquelle la cure radicale serait à ce point inoffensive qu'il n'hésite pas à la mettre en parallèle, sous ce rapport, avec le bandage. M. Tillaux reconnait que M. Championnière apporte, à l'appui de son opinion, une statistique idéale, puisque sur soixante opérations il ne compte que des succès. Mais est-il certain qu'il en sera toujours ainsi, surtout entre les mains des autres opérateurs? M. Tillaux pense qu'il serait imprudent de l'affirmer. A son avis, l'extirpation du sac herniaire ne doit être pratiquée que dans certaines conditions d'ailleurs faciles à déterminer.

Est-elle applicable aux hernies incoercibles? Comme M. Léon Le Fort, M. Tillaux ne croit pas à l'incoercibilité des hernies. Lorsque la hernie n'est pas contenue, c'est la faute du bandage. Il y a là surtout une question de pelote, comme le prouve le fait de ce cocher qui, après avoir parcouru vainement les hôpitaux de Paris à la recherche d'un bandage capable de lui maintenir une énorme hernie inguinale réputée incoercible, prit le parti de se construire lui-même, avec son couteau, une pelote en bois qui, se moulant exactement sur la région inguinale, réalisa une contention parfaite.

M. Tillaux accorde toutefois que, lorsqu'une hernie est très difficile à maintenir, on puisse céder aux sollicitations du malade, afin de le placer dans des conditions plus favorables; mais, en définitive, ce n'est pas là une indication formelle. La cure radicale doit être exclusivement réservée aux cas de hernies irréductibles en partie ou en totalité, douloureuses et accompagnées de troubles gastriques.

M. Reclus estime que tout le monde est d'accord pour admettre l'utilité de la cure radicale dans un certain nombre de cas; mais il ne saurait partager l'opinion de M. Championnière qui tendrait à en faire une opération applicable à tous les cas de préférence au bandage. Il croit, au contraire, que le port du bandage est suffisant pour obtenir, chez les sujets jeunes, des guérisons aussi complètes que celles obtenues à l'aide de la cure radicale.

Pour devenir le prosélyte de la cure radicale appliquée à tous les cas, ainsi que le voudrait M. Championnière, M. Reclus ne demanderait rien de moins qu'une statistique de cent opérations toutes suivies de succès.

M. Championnière, répondant à M. Léon Le Fort, déclare que, pour lui, le mot *cure radicale* est applicable à l'opération dont il s'agit aussi bien qu'à toutes les autres opérations chirurgicales; ce serait se livrer à une véritable chinoiserie que de discuter sur la valeur de ce mot.

Relativement à la question de la gravité ou de l'innocuité de l'opération, M. Championnière admet que la plupart de ses collègues aient une opinion différente de la sienne. Il y a là une question d'âge et d'habitude opératoire. Tous ceux qui ne l'ont pas encore pratiquée la trouvent dangereuse; elle est réputée inoffensive, au contraire, par tous ceux qui en ont fait l'expérience. M. Championnière l'a pratiquée 63 fois sans accident; M. Terrier en est à sa 31e opération également suivie de succès comme toutes les précédentes.

En résumé, M. Championnière croit pouvoir proclamer l'innocuité de l'opération de la cure radicale des hernies. C'est une opération neuve, il est vrai, mais excellente, très efficace et sans danger, à la condition d'en bien observer les indications et les contre-indications; de ne pas l'appliquer, par exemple, ni aux enfants trop jeunes, ni aux vieillards âgés, ni aux diabétiques, ni aux cachectiques, ni aux individus prédisposés aux congestions pulmonaires, etc.

M. Terrier déclare partager absolument les opinions émises par M. Championnière; la statistique, dès aujourd'hui acquise, comprend 117 opérations de cure radicale sans un seul insuccès. Il s'agit donc, là d'une opération extrêmement bénigne, mais à la condition d'être pratiquée avec toutes les précautions de la chirurgie antiseptique.

— M. Paul Segond met sous les yeux de ses collègues une pièce recueillie sur une femme de 70 ans, morte de pneumonie *a frigore*, deux mois après une opération de cure radicale d'une hernie crurale.

— M. Schwartz présente un malade qu'il a opéré avec succès d'un kyste à grains

riziformes de la gaine de l'index. L'ouverture du kyste, suivie du râclage et des lavages antiseptiques, a amené la guérison complète de cette affection. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 décembre 1887.

Sommaire : *Pathogénie de l'anévrysme pariétal du cœur. — Diagnostic de l'érythème papulo-érosif des fesses et des syphilides chez les enfants.*

M. Rendu : Un homme de 49 ans entre à l'hôpital Necker avec l'apparence d'un rénal ou d'un cardiaque. Voici quelle a été son histoire : A 16 ans, il eut une rupture traumatique de l'urèthre. Le rétrécissement consécutif nécessita plus tard deux uréthrotomies. Le malade, étant en Amérique, il y a deux ans éprouva de l'essoufflement, des palpitations, et le médecin de l'hôpital où il fut soigné, ayant diagnostiqué un épanchement péricardique, lui pratiqua cinq fois la ponction du péricarde en six mois. La situation ne s'étant pas améliorée, le malade se fit rapatrier et vint dans le service de M. Guyon qui, le trouvant plutôt justiciable des soins médicaux, le fit admettre dans le service de M. Rendu.

A ce moment, on constatait chez lui les symptômes suivants : albuminurie notable, polyurie, dyspnée, œdème des jambes et anasarque; aucun souffle cardiaque, mais un bruit de galop intermittent. L'ensemble de ces signes joint à la notion des antécédents du malade conduisit naturellement M. Rendu à le considérer comme atteint d'une néphrite interstitielle, causée par des troubles urinaires prolongés, et arrivée à la phase d'insuffisance cardiaque. Le traitement fut donc dirigé surtout contre l'asystolie, et les purgatifs réitérés, la digitale amenèrent d'abord un amendement.

Lorsque l'examen eut été rendu plus facile, M. Rendu releva certaines anomalies dans les symptômes qui lui firent douter de la justesse de son premier diagnostic. Le cœur était gros, mais le choc de la pointe était à peine sensible, et, au-dessus de la pointe, on percevait une ondulation diffuse qui suivait la systole. Malgré l'hypertrophie du cœur, le pouls était petit et misérable. On percevait bien un rythme de galop, constitué par les deux bruits normaux et un bruit surajouté; mais ce bruit, au lieu d'être présystolique et sourd, était diastolique et d'un timbre éclatant semblable à celui du claquement des sigmoïdes aortiques. Ce bruit surajouté n'occupait pas non plus exactement le siège ordinaire, la région méso-cardiaque; on le percevait plus en dedans, le long du sternum.

Le malade succomba; voici les lésions que l'autopsie fit constater. Des adhérences péricardiques anciennes, fibreuses, très serrées au devant du ventricule gauche, et dans la paroi de celui-ci une cavité du volume d'un œuf de pigeon et contenant des caillots en partie stratifiés. Il s'agissait d'un anévrysme occupant la paroi du cœur, entre le péricarde et l'endocarde. Une bride fibreuse très épaisse siégeant dans l'endocarde divisait pour ainsi dire le ventricule en deux compartiments. L'examen attentif des vaisseaux du cœur n'y fit pas voir les lésions de l'athérome. Le myocarde avait presque complètement disparu au niveau de l'anévrysme; le péricarde et l'endocarde épaissis étaient adossés et confondus. Il y avait eu un processus de myocardite interstitielle qui avait transformé toute la paroi en un tissu fibreux.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Les anévrysmes pariétaux du cœur sont rares. Le mécanisme de leur formation n'est pas encore bien établi. On admet en général, avec Cruveilhier et Pelvet, que la myocardite interstitielle en est la cause. Mais comment cette myocardite est-elle assez circonscrite pour porter son action exclusivement en un point de la paroi pour y déterminer l'anévrysme? Wickam Legg, Lubbert ont invoqué une artérite interstitielle, un rétrécissement d'une branche des coronaires. Dans le cas actuel, il n'existait pas d'artérite. Il paraît plus naturel de faire jouer un rôle à la péricardite dans la pathogénie de l'anévrysme, comme l'avait proposé un auteur anglais dont l'opinion n'a pas prévalu. La coexistence de la péricardite adhésive avec l'anévrysme du cœur a été signalée dans des observations publiées à la Société anatomique, en 1879, par M. Sainton, en 1883, par M. Quinquaud. M. Rendu pense que les adhérences péricardiques exercent sur la paroi du cœur un tiraillement

mécanique à chaque contraction ventriculaire, aspiration comparable à celle que déterminerait une ventouse en ce point; sans préjudice de la propagation du processus inflammatoire de la séreuse au muscle sous-jacent (loi de Stokes).

Enfin, la symptomatologie des anévrysmes du cœur est considérée comme nulle; dans un seul cas cité par M. C. Paul, il existait un souffle diastolique de la pointe. Dans le cas actuel, on avait constaté un bruit surajouté au bruit diastolique, et qui était produit sans doute par l'expansion de la poche anévrysmale. C'est une confirmation de la théorie de M. Potain sur la genèse du bruit de galop. On sait que, d'après M. Potain, le bruit présystolique surajouté est le résultat de la mise en tension de la paroi ventriculaire, quand le ventricule est presque rempli et se prépare à se contracter.

— M. Sevestre s'attache à décrire l'érythème papuleux des fesses chez les jeunes enfants, en montrant combien il est parfois difficile de le distinguer des syphilides papulo-érosives. C'est quand la lésion a atteint son développement complet que le diagnostic est épineux, si on n'a pu suivre son évolution depuis le début. Elle consiste alors en papules arrondies de 4 à 5 millimètres de diamètre, d'un rouge foncé, tirant souvent sur le brun ou le violet; ces papules sont plates, assez dures, et au centre l'épiderme est luisant. La peau qui sépare les papules est saine. A côté des papules en plein développement, on en voit en train de s'effacer; on voit aussi des érosions qui ont la même forme et la même largeur. Le nombre des éléments éruptifs est d'une vingtaine ou d'une trentaine; la partie saillante des fesses est le point où elles sont surtout confluentes. Elles respectent toujours les plis naturels de la peau.

Parrot avait donné une bonne description de cet érythème des fesses, mais il l'avait rattaché à la syphilis, et il est impossible d'accepter cette opinion au moins pour le plus grand nombre des cas.

L'érythème papuleux est une lésion qui débute par une vésicule, à laquelle succède une érosion, et quand la papule a duré quelques jours, elles s'affaisse pour ne laisser qu'une macule brune ou violacée qui persiste assez longtemps. On n'observe en général aucun accident syphilitique ultérieurement chez les sujets qui ont eu l'érythème fessier papuleux; il va sans dire que des enfants syphilitiques peuvent avoir aussi de l'érythème papuleux des fesses s'ils sont soumis à la cause qui l'engendre habituellement, l'irritation provoquée par le contact des urines et des matières fécales diarrhéiques. C'est donc la diarrhée qui cause l'érythème papuleux des fesses comme l'érythème simple; seulement, tandis que ce dernier s'observe surtout dans les premières semaines de la vie, le premier est plus fréquent vers cinq ou six mois, et sans relation avec l'athrepsie; car il se voit le plus souvent chez des enfants vigoureux, atteints de diarrhée accidentelle.

M. Sevestre insiste sur la difficulté qu'il y a à faire le diagnostic avec certaines syphilides. L'aspect des papules simples pleinement développées est le même que celui des papules syphilitiques. Il faut tenir compte, pour faire le diagnostic, de l'absence d'autres traces de syphilis, de la localisation étroite à la région fessière, de la coexistence de vésicules et d'érosions, de la marche enfin, qui est la guérison en quelques jours dès que la cause d'irritation de la peau disparaît. En faisant cesser la diarrhée, en lavant l'enfant après chaque garde-robe avec des infusions légèrement astringentes ou des solutions antiseptiques de sublimé et d'acide borique, on obtient la guérison en quelques jours.

MM. Cadet de Gassicourt et Féréol déclarent que leur expérience corrobore pleinement la manière de voir de M. Sevestre. — P. L. G.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Un cas d'érythème iodoformique.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 12 novembre 1887

Par M. le docteur A. Trousseau,
Médecin en second de la Clinique des Quinze-Vingts.

La question des accidents produits par l'emploi de l'iodoforme est actuellement à l'ordre du jour, et pleine d'intérêt à cause de l'usage quasi-journalier que font de cet antiseptique la plupart des praticiens. Aussi ai-je cru devoir rapporter un cas d'érythème iodoformique qui se distingue par quelques particularités de ceux signalés récemment dans l'*Union médicale* (15 octobre 1887), par M. V. Wallich, interne distingué des hôpitaux.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, atteint, à la paupière supérieure gauche, d'une ulcération vraisemblablement hérédo-syphilitique, haute de 18 millimètres, large de 23, lors de mon premier examen.

Après avoir pratiqué la suture des paupières, pour éviter la rétraction cicatricielle, je pansai la partie ulcérée avec de l'iodoforme finement pulvérisé, je recouvris le tout de coton hydrophile et d'une bande de tarlatane imprégnée d'eau boriquée à 4/100. Le lendemain matin, je revis l'enfant, qui me parut être dans un état alarmant ; il n'avait pas dormi de la nuit, n'ayant cessé de souffrir depuis l'application du pansement qui était souillé de sérosité visqueuse. Toute la partie gauche de la face était rouge, tuméfiée depuis l'implantation des cheveux jusqu'au bord du maxillaire inférieur, depuis le nez jusqu'à l'oreille. La peau était violacée, tendue, semée, de place en place, de phlyctènes, dont quelques-unes avaient crevé, laissant échapper de la sérosité gluante ; la limite du mal était tracée par un bord saillant, un ganglion sous-maxillaire était engorgé. La plaie n'avait pas mauvais aspect, la suture des paupières tenait bien.

J'eus l'impression qu'il s'agissait d'un début d'érysipèle, et je demeurai étonné de la rapidité et de l'intensité du processus.

La mère du malade ne paraissait guère inquiète, et se hâta de me dire que semblable accident était déjà arrivé à l'enfant à la suite d'un pansement ordonné par un confrère avec la même poudre jaune, et que tout avait cessé avec l'emploi du remède.

Je fis un soigneux lavage des parties malades avec de l'eau boriquée, et je me contentai d'appliquer sur la plaie du lint boraté et du coton hydrophile bien désinfectés à l'étuve sèche.

Le lendemain matin, l'enfant n'avait plus souffert et tous les phénomènes avaient disparu comme par enchantement ; à peine restait-il quelques traces de l'orage de la veille.

Je continuai mes pansements, tantôt avec de l'eau boriquée, tantôt avec du sublimé, tantôt avec de l'eau phéniquée, et jamais je n'observai le moindre incident ; l'ulcère se cicatrisait à vue d'œil (grâce aussi au traitement général antisyphilitique), la suture palpétrale était solide.

Toutefois, alors que trois semaines après l'ulcère était réduit de moitié,

je remarquai un temps d'arrêt dans la cicatrisation, et je voulus, de nouveau, avoir recours à l'iodoforme, que je croyais, à cause du peu d'étendue de la surface malade, ne plus devoir produire d'accidents. Je saupoudrai la plaie et j'engageai la mère à me ramener l'enfant le soir même. Il était midi quand je terminai le pansement, et à quatre heures le malade était chez moi, déjà fort souffrant et présentant un gonflement érysipélateux notable des bords et du voisinage de l'ulcère. Inutile de dire que je ne renouvelai pas l'expérience et que mon malade guérit sans iodoforme.

Le cas que je viens de rapporter appelle quelques remarques.

C'est d'abord la forme de l'érythème qui doit fixer l'attention ; j'affirme que, sans les circonstances spéciales indiquées tout à l'heure, le diagnostic différentiel avec l'érysipèle eût été presque impossible. On a, du reste, déjà signalé bien des variétés dans l'éruption qui tantôt simulait l'eczéma, tantôt l'urticaire, tantôt l'érythème papuleux, etc.

La petite étendue de la surface d'absorption est encore à noter, et, à ce point de vue, mon observation se rapproche de celle de Wallich. Il est donc évident que l'apparition des accidents n'offre aucun rapport avec la dimension des plaies en contact avec le produit coupable.

La disparition presque instantanée des phénomènes, après la cessation du pansement, est aujourd'hui connue, inutile d'y insister.

Ce qui m'a surtout surpris, c'est l'apparition rapide des accidents (trois à quatre heures après le pansement lors de la deuxième application d'iodoforme), peu en rapport avec l'idée d'une intoxicatiou générale que je ne veux point nier pourtant. Dans les faits rapportés jnsqu'ici, les accidents n'avaient débuté que dix à vingt jours après le premier pansement, et, par conséquent, faisaient écarter l'hypothèse d'une simple irritation locale qui doit avoir sa part dans tout ceci.

En tout cas, il reste bien établi que la prédisposition individuelle joue un rôle considérable dans l'apparition de l'érythème. Mon malade n'avait-il pas une poussée érysipélateuse à chaque application d'iodoforme ?

La nature du produit ne saurait être incriminée ; l'iodoforme employé était, chaque fois, de provenance différente et j'ai pu depuis faire, sans le moindre incident, un grand nombre de pansements avec la poudre qui m'avait servi la dernière fois. Je l'avais, du reste, fait examiner, et elle avait été déclarée de bonne qualité.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

Nous ne pouvons malheureusemenn transcrire *in extenso* le discours de M. Proust, non plus que l'éloge si remarquable de Bouillaud, par M. Bergeron. Nous donnerons ailleurs la liste des récompenses décernées par l'Académie; mais nous tenons à placer dès maintenant sous les yeux de nos lecteurs quelques-uns des fragments consacrés par l'éminent secrétaire annuel à la mémoire des savants respectés que l'Académie a perdus, ainsi qu'aux maîtres dont l'Institut a récemment couronné les travaux. Les félicitations que M. Proust adresse à ces derniers sont pour lui l'occasion d'exprimer, dans une chaude péroraison, des idées qui ne peuvent manquer d'attirer l'attention du monde scientifique.

Qu'il me soit permis tout d'abord de rendre un dernier hommage et de dire un dernier adieu au confrère envers lequel presque tous les membres de l'Académie ont contracté une dette personnelle de reconnaissance. Pendant longtemps, notre Compagnie a vu la

sympathique figure de Béclard présente à ses débats, et notre secrétaire perpétuel montrait, dans l'exercice de ses fonctions, cette aménité, ce charme, cette bienveillance intelligente dont vous avez tous conservé le vivant souvenir.

Fils d'un homme en possession d'une grande et légitime célébrité, et qui a obtenu une place importante dans le monde médical, Béclard est né dans l'aristocratie scientifique, et pendant toute sa vie il en a gardé la marque originelle. Esprit fin, délicat, plein d'une courtoisie qui n'excluait pas l'indépendance du critique et la liberté du savant, il montrait, dès le premier abord, qu'il possédait ces qualités innées qui sont la marque des ancêtres, et qu'il est difficile d'improviser dès la première génération...

Le doyen de la Faculté est présent à toutes les mémoires ; administrateur excellent, Béclard avait imprimé une activité nouvelle à tous les rouages de ce grand corps universitaire. Directeur non moins bienveillant, il s'était concilié la sympathie et le respect de tous ses collègues. Professeur lumineux, critique impartial et sagace, il s'était fait aimer de ces générations nouvelles qui représentent l'avenir et qui exercent une si grande influence sur le temps présent. Dans une occasion toute récente, l'Académie, en introduisant parmi ses membres l'un des plus brillants élèves de Béclard, a montré toute l'estime dans laquelle elle tenait cet enseignement.

Le critique et l'historien qui se trouvaient réunis dans Béclard se sont donné libre carrière dans les éloges, trop peu nombreux à notre gré, qu'il a prononcés devant cette Académie, et dont le dernier, le plus remarquable et le plus complet, est celui de son illustre rival, Cl. Bernard, dont il a laissé pour la postérité un portrait d'autant plus assuré de vivre qu'il est profondément juste, et qu'il met en lumière toutes les qualités qui ont mis ce grand homme au premier rang de ses contemporains.

Béclard me racontait un jour que, demandant à Rachel le secret de l'impression si vive que sa voix produisait sur les milliers de spectateurs qui se pressaient pour l'entendre :

— « Je parle lentement », lui avait-elle répondu.

Notre secrétaire perpétuel avait mis à profit les conseils de la célèbre tragédienne. Sa diction était remarquable, et il avait le talent bien rare de nuancer les intonations.

Des destinées plus hautes attendaient peut-être Béclard ; sa jeunesse, si longtemps prolongée, semblait lui promettre de longues années encore, lorsque brutalement et de la manière la plus inattendue, la mort l'a frappé...

Une autre figure, bien différente, mais non moins sympathique, a disparu de nos rangs.

Sans doute, ici la surprise n'a point eu de place et de longs avertissements avaient précédé le coup fatal.

Gosselin a senti, en effet, les atteintes d'une longue maladie qui n'avait pourtant altéré son activité que dans les derniers temps.

Nous ne chercherons certainement pas à retracer les travaux d'un maître qui s'est placé au premier rang parmi les chirurgiens de son époque et qui occupait, au moment de sa mort, le fauteuil de la présidence à l'Académie des sciences.

La dignité de son caractère, bien plus que la haute situation qu'il avait su conquérir, lui avait valu ce respect dont l'entourait le corps médical tout entier.

Pour ne parler que de nos souvenirs personnels, le maître nous a toujours paru plein de clarté, de bon sens et de réalisme, si l'on peut employer ici ce mot peu académique.

Ce collègue nous a laissé le souvenir d'une des figures les plus fines et les plus spirituelles que nous ayons jamais connues, et certes, sous l'enveloppe un peu lourde du savant chirurgien, on s'étonnait de rencontrer tant de délié dans les aperçus, tant d'agilité dans les idées et quelquefois un bonheur si remarquable dans l'expression.

Gosselin n'a pas laissé la réputation d'un grand orateur, mais c'était un causeur charmant, plein d'originalité et possédant au suprême degré cette qualité du sens commun qui n'est certainement pas le sens du plus grand nombre.

Au-dessus de cet ensemble planait un grand souffle de probité qui commandait le respect sans intimider l'affection, et qui donnait à tous ceux qui recevaient l'étreinte de sa main ce tressaillement intime auquel on reconnaît le contact d'un honnête homme.

Ce n'était point assez. La mort nous a ravi Vulpian, l'un des grands noms, l'une des grandes autorités de la science française. Les dignités officielles dont ses concours et ses travaux l'avaient couronné n'étaient que la moindre part de sa gloire européenne, et cet homme toujours modeste au milieu des honneurs, toujours semblable à lui-même, toujours désintéressé dans sa conduite, toujours fidèle à ses affections et toujours impartial dans ses jugements, nous a laissé le type du savant dévoué au culte de la science et du physiologiste qui, sans abandonner le champ de l'expérimentation scientifique, n'a jamais cessé d'être clinicien.

« Vulpian, a dit M. Charcot, avait dû être amené de bonne heure à comprendre que, sans le concours de l'expérimentation, l'observation pure se montre souvent impuissante, tandis que, par contre, les données expérimentales, en tant du moins qu'il s'agit de la pathologie de l'homme, restent presque toujours sans application légitime lorsqu'elles ne sont pas incessamment soumises au contrôle suprême de la clinique.

On peut dire que le grand caractère de la vie scientifique de Vulpian est là, dans cette union intime du médecin et de l'expérimentateur.

Aussi doit-on le considérer comme l'un des fondateurs, l'un des promoteurs principaux de cette méthode puissante qu'on peut, à juste titre, appeler française, et qui, parce qu'elle reconnaît et proclame hautement les droits supérieurs de la clinique, peut seule diriger dans des voies sûres le mouvement qui conduit à la rénovation scientifique de la médecine par la physiologie.

Dans cette vie de Vulpian, toute consacrée à la science et à l'étude, on ne relève pas une seule note discordante. Il est resté semblable à lui-même jusqu'à la fin et, au moment de quitter la sphère de son action, il ne laissait derrière lui aucun ennemi.

C'est là un sort rarement réservé à ceux qui ont dû atteindre les sommets qui les rendent pour tous des objets d'admiration et d'envie; mais pour obtenir un résultat si difficile, il a suffi à Vulpian de combiner trois qualités maîtresses : la probité, la bienveillance et le mérite.

La mémoire d'un tel homme ne doit jamais périr, et nos futurs collègues seront fiers de le compter parmi leurs ancêtres...

A Gallard, à Giraud-Teulon, à Méhu sont ensuite consacrés des éloges mérités. Puis, parlant de l'Institut :

La nomination d'un maître éminent, qui depuis longtemps est au nombre des chefs que nous aimons à suivre, a rempli de joie tous ceux qui depuis si longtemps se plaisent à suivre ses traces, et lorsque les portes de l'Institut se sont ouvertes devant le professeur Verneuil, il n'est pas un seul de ses élèves qui n'ait senti que ce triomphe était en même temps un honneur pour lui.

Un sentiment analogue nous a tous animés quand la nomination du professeur Bouchard est venue rendre hommage à l'esprit nouveau qui anime les générations médicales, et dont il est assurément l'un des représentants les plus autorisés et les plus sympathiques.

Et, pour exprimer en quelques mots ma pensée, lorsque nous voyons s'établir des liens si puissants entre notre Académie de médecine et la sœur aînée qui l'a précédée sous la coupole de l'Institut, on sent naître le désir d'un rapprochement plus intime entre les deux illustres compagnies qui, par le mélange incessant de leurs membres, semblent vouloir se confondre.

Un corps qui remplit uue place si importante dans notre organisation sociale, qui possède les illustrations les plus populaires de l'époque contemporaine, qui rend à la chose publique les plus éminents services, un corps dont les discussions passionnent à juste titre le public et attirent aux grands jours une affluence d'auditeurs qui n'est surpassée par aucune autre Académie, un corps que le Gouvernement consulte dans toutes les questions qui intéressent l'hygiène et la santé publique, ainsi que les grandes règles de médecine légale et d'administration sanitaire, protégeant à la fois les intérêts moraux et matériels des citoyens, un corps dont la tâche est si haute et toujours si bien remplie, dont les attributions sont si vastes et qui n'a jamais failli à son mandat, un corps semblable doit-il rester infiniment séparé du premier par une limite

fictive? Ni le mérite, ni les services, ni les qualités individuelles, ni la valeur de l'ensemble ne placent en réalité l'Académie de médecine au-dessous de ce que nous appelons aujourd'hui l'Institut.

La date de leur naissance suffit-elle pour créer entre elles une infranchissable barrière, et les règles posées, il y a quatre-vingt-dix ans environ, ne sauraient-elles jamais être modifiées, dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt de la justice, et dans l'intérêt du progrès?

Comme l'a fait observer un de nos éminents et regrettés collègues (1), il n'est pas de corps savant où s'agitent de plus élevés problèmes, il n'en est pas où la discussion ait de plus libres allures, amène de plus redoutables contradictions.

Nous avons pour domaine la vie sous toutes ses formes et l'étude de tous les milieux dans leur action sur la vie.

Quel plus vaste et plus beau sujet d'étude, plus attachant dans les vérités qu'il a laissé pénétrer, dans les mystères qu'il cache encore?

Quelle inépuisable source de bienfaits la science a su en tirer!

Que serait l'individu, que serait la société, si cette source venait à tarir, si toutes les connaissances laborieusement acquises, et dont cette Académie est comme le centre, venaient à s'effacer du savoir du genre humain!

Si l'on considère quelle activité ces études soulèvent, que d'esprits sur la surface du monde s'appliquent à les cultiver, à en recueillir les pénibles, mais fécondes moissons, on s'étonnera à bon droit, qu'en un jour où la France organisait la représentation supérieure du savoir humain et fondait l'Institut de France, qu'à ce jour la médecine comprise comme synthèse des sciences qui ont la vie pour objet, n'ait pas obtenu une large et vivante représentation, n'ait pas constitué à elle seule une classe de l'Institut.

Une grande époque qui a marqué son empreinte sur la civilisation moderne a créé cet Institut, nous y reconnaissons l'un des monuments de la Révolution française. Au momoment d'en célébrer l'anniversaire, ne serait-il pas aussi juste que glorieux et utile de compléter cette œuvre et de donner à l'Académie de médecine la place qui lui revient à titre légitime dans le sénat des corporations savantes de la République française?

Qu'il nous soit permis d'espérer que ce résultat viendra bientôt couronner les aspirations du monde médical.

L'Association médicale mutuelle en cas de maladie.

Nous empruntons la lettre suivante à la *Tribune médicale*. Elle traite une question dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs.

Très cher rédacteur en chef,

En proposant, dans une lettre insérée dans le *Concours médical* du 29 octobre, la fondation d'une *Association médicale contre la maladie*, M. le docteur Outin reproche à l'*Assurance médicale mutuelle* du département de la Seine d'exiger une prime unique pour tous les adhérents et répartie d'une façon peu équitable, le médecin de 25 ans payant autant que celui qui en a 49, bien que celui-ci coure plus de risques de maladies et d'infirmités que le premier.

M. Outin expose ensuite les principaux traits de l'Association amicale des médecins anglais qu'il prend pour modèle de son nouveau projet. Les primes y sont proportionnelles à l'âge des assurés et varient avec l'indemnité à laquelle ils prétendent. Cette indemnité n'est payée, en totalité, que pendant les six premiers mois de la maladie; elle est ensuite réduite de moitié aussi longtemps que dure l'incapacité de travail par suite de maladie ou d'infirmité, et, à 65 ans, elle cesse complètement d'être payée pour être remplacée par une rente viagère, calculée d'après le versement annuel de l'assuré.

Vos lecteurs savent que l'*Association médicale mutuelle du département de la Seine* a

(1) M. Chauffard.

invoqué les résultats obtenus par les médecins anglais et en a conclu que toutes ses promesses seront réalisées. Nous avons tiré ces conclusions en faisant le calcul des moyennes des cotisations, de l'indemnité quotidienne et de la morbidité qui représente les risques à courir.

L'exposé ci-dessous n'est donc pas une critique de cette œuvre éminemment utile et qui a donné en quatre ans les résultats les plus brillants ; il nous permettra cependant de démontrer que nous avons donné à notre Association des bases qui sont loin de mériter le reproche que lui adresse M. Outin.

Le médecin anglais peut, à son gré, s'assurer une indemnité hebdomadaire qui s'élève à 52 fr. 50 — 79 fr. 14 ou 105 fr. 52.

J'examinerai seulement ici les conditions exigées pour obtenir l'indemnité de 79 fr. 14 par semaine (11 fr. 30 par jour), chiffre qui se rapproche le plus de celui de l'indemnité allouée à ses malades par l'*Association médicale mutuelle* (10 fr. par jour).

En raison de la réduction que subit l'indemnité après les six premiers mois, les associés de cette catégorie reçoivent, en cas d'incapacité permanente, 3,084 fr. 90 la première année et 2,056 fr. 60 les années suivantes.

Les primes à payer pour s'assurer cette indemnité sont suivant leur âge :

à 30 ans	34 f.	50	par trimestre ou	124 f.	84	par an.
40 —	43	78	—	175	12	—
49 —	58	56	—	234	24	—

Le paiement de l'indemnité cesse quand le malade a 65 ans.

Par un calcul proportionnel, il est facile d'établir que, pour une indemnité de 10 fr., réduite ensuite à 5 fr., ils auront à payer :

à 30 ans	110 f.	04	par an.
40 —	154	97	—
49 —	207	29	—

Tout en payant ces primes dont l'écart est, comme nous le démontrerons plus loin, hors de proportion avec les risques, l'indemnité est diminuée de moitié après six mois, c'est-à-dire alors que le malade a peut-être épuisé ses ressources personnelles et, lorsqu'il atteint 65 ans, il ne reçoit plus rien.

En effet, M. le docteur Outin a oublié de le dire, la rente viagère que les assurés anglais reçoivent, à partir de 65 ans, nécessite le paiement d'une *prime supplémentaire* pour être obtenue.

Pour s'assurer l'indemnité de maladie de 79 fr. 14 par semaine, avec la réduction après six mois et une rente viagère de 944 fr. 74, à partir de 65 ans, les primes sont les suivantes :

à 30 ans	55 f.	12	par trimestre ou	220 f.	48	par an.
40 —	109	97	—	439	88	—
49 —	142	73	—	570	92	—

Sans ces sacrifices annuels, il est bien entendu qu'à 65 ans, le médecin infirme ne reçoit plus aucune indemnité, et on comprend facilement que nous relevions l'erreur de notre confrère qui ne cite pas ces chiffres.

Si nous prenons un exemple au hasard, et si nous établissons la comparaison entre l'Association anglaise et la nôtre, on verra facilement de quel côté sont les avantages.

Ainsi, dans chacune de ces Sociétés un médecin entre à 30 ans, il devient totalement incapable d'exercer à 50 ans, et cette triste situation se prolonge au delà de la soixante-cinquième année.

Dans l'*Association anglaise*, il aura versé :

35 années de primes à 138 fr. = 4,830 fr.

Il recevra : la première année : 3,084 fr. 90.

Les quatorze années suivantes : 2,056 fr. 60.

Soit un total de 28,793 fr. 50.

Mais, à 65 ans, il ne recevra plus rien, s'il n'a pas souscrit la prime de l'Assurance en

Bulletin bibliographique.

Pièce de 50 centimes tombée dans le larynx, par le docteur Archambault. Extrait de la *Gazette des hôpitaux* du 25 août 1887.

Cet ouvrage se trouve chez Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères, Paris.

Des affections cardiaques d'origine rhumatismale, traitées aux eaux d'Aix-les-Bains (Savoie), par le docteur Blanc. 1 vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Manuel de thérapeutique dentaire spéciale et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un Formulaire à l'usage des praticiens, par Quincerot, chirurgien-dentiste, etc. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50.

Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale chronique superficielle (psoriasis buccal de Bazin) et de son traitement hydrominéral, par le docteur Paul Bénard. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Traité de l'angine de poitrine, par le docteur Gélineau. 1 vol. — Prix : 8 fr.

Ces quatre ouvrages se trouvent chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine.

L'Année médicale (neuvième année), 1886, vient de paraître à la librairie Plon. Tous ceux qui, à un titre quelconque, s'occupent de médecine, liront avec grand intérêt ce volume qui est le résumé des progrès accomplis, depuis un an, par les sciences médicales. L'*Année médicale* est publiée sous la direction du docteur Bourneville, avec la collaboration de nos plus illustres médecins.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrite de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Troisième volume avec 151 figures dans le texte (Gurnigel-Ophelia). Un volume de 875 pages imprimées en 2 colonnes. — Prix : 25 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

L'Armée territoriale, *12, rue Grange-Batelière, Paris*, commence la publication d'un **aide-mémoire de guerre**, *à l'usage des médecins de réserve et de l'armée territoriale*. Cet **aide-mémoire**, dû à la plume du docteur Chassagne, vient à propos combler une lacune; il a pour but d'initier les médecins de réserve et territoriaux à leurs droits et à leurs devoirs en temps de guerre. — Il est inutile d'insister sur l'utilité pratique d'une publication de ce genre.

cas de maladie et de rente viagère combinées ; dans ce dernier cas, il aurait dû payer 35 fois 220 fr. par an, ou 7,716 fr. 80.

Un membre de notre *Association médicale mutuelle* entré à 30 ans, devenu infirme à 50 ans, et survivant au delà de 65 ans, aura versé 35 années de cotisation à 120 fr., soit 4,300 fr. Il recevra 3,650 fr. par an pendant 15 ans, soit 54,750 fr.

A partir de 65 ans, il continuera à recevoir 3,650 fr. par an et à payer sa même cotisation, soit 120 francs.

Ces chiffres se passent de commentaires.

M. Outin nous reproche, en outre, une répartition peu équitable des primes : où et comment notre honoré confrère a-t-il pu constater cela ?

Nous avons établi un tableau des primes que nécessiterait le paiement d'une indemnité de 10 fr. d'après le tarif anglais : eh bien ! si l'assuré âgé de 30 ans payait 10 fr. de moins par an (110 fr. 04 au lieu de 120), celui qui a 40 ans paierait en plus 34 fr. 97, et celui de 49 ans, 87 fr. 29.

La compensation est bien faible pour les jeunes, mais, en revanche, les charges seraient très lourdes pour leurs aînés.

Cette compensation se rencontre-t-elle véritablement dans l'augmentation des risques à courir, risques si élevés, d'après notre confrère? Pour prouver le contraire, l'expérience de nos confrères anglais, source féconde, inépuisable même, nous fournit encore les arguments.

Dans la partie de son rapport de 1886, où sont exposées les principales maladies ayant nécessité le paiement des indemnités, M. Hart cite, comme ayant eu la plus longue durée, les cas suivants :

1° Ataxie locomotrice chez un assuré de 34 ans, et entré dans l'Association depuis un an seulement.

2° Hémoptysies. Un sociétaire âgé de 23 ans et un autre de 22 ans, et ayant, le premier vingt, le second dix-neuf mois de participation.

3° Abcès ischio-rectal et tuberculose pulmonaire consécutive chez un associé âgé de 27 ans, et entré dans l'Association depuis dix-neuf mois.

4° De nombreux accidents qui entrent pour une grande part dans les indemnités payées.

Jusqu'ici, on le voit, ce sont les jeunes qui ont bénéficié de l'œuvre, et s'ils ont été prévoyants, n'ont-ils pas d'ailleurs la perspective de jouir pendant un temps plus long que leurs aînés de la sécurité que l'Association leur promet?

En fondant l'Association médicale mutuelle, nous avons pensé qu'il était bon d'imposer à tous des charges égales en leur donnant des droits égaux, et notre confiance dans le sentiment de solidarité confraternelle n'a pas été trompée.

Nous nous conformions, d'ailleurs, aux prescriptions des décrets-lois qui fixent le régime sous lequel doivent vivre les Sociétés de secours mutuels, et nous n'avons qu'un regret, c'est que ces décrets nous obligent à restreindre notre action au seul département de la Seine.

Nous avons l'espoir que la loi nouvelle nous accordera cette faculté d'expansion que nous demandons de tous nos vœux. En attendant cet heureux événement, nous encouragerons par tous moyens en notre pouvoir l'organisation d'Associations analogues dans tous les départements, où le personnel médical est assez nombreux pour réunir cent à cent cinquante membres, et auxquelles nous tendrons une main largement ouverte dès que la loi le permettra.

Par suite de l'admission des membres *honoraires*, nous sommes à même de conserver dans nos rangs ceux d'entre nous que des malheurs immérités placeraient dans l'impossibilité de continuer le paiement de leurs cotisations. Nos frais de gestion sont réduits le plus possible, et nous n'aurons jamais besoin de prélever 10 0/0 pour les couvrir ou payer une publicité, que la Presse médicale nous a accordée largement et généreusement. Notre réserve, déposée à la Caisse des Dépôts et Consignations, y est bonifiée d'un intérêt à 4 1/2 0/0 l'an, et nous avons la faculté de recevoir des dons et legs dont l'importance est illimitée.

Nous ne pensons pas — et nous y sommes, on le voit, pleinement autorisés — qu'une

Société *anonyme* puisse jamais réunir ces avantages, qu'il vaudrait peut-être mieux, dans l'intérêt commun, chercher à affermir et à étendre, en unissant nos efforts et nos moyens, plutôt que de les diviser et de les éparpiller, en quelque sorte, dans des tentatives multiples, qui risquent, par cela même, de ne pas aboutir.

Agréez, etc. Dr G. G.-Lagoguey.

BIBLIOTHÈQUE

Les micro-organismes, étudiés spécialement au point de vue de l'étiologie des maladies infectieuses, par le docteur C. Flugge, professeur ordinaire et directeur de l'Institut d'hygiène à l'Université de Breslau. Traduit de l'allemand d'après la seconde édition par le docteur F. Henrijean, assistant à l'Université de Liège. Préface par M. C. Firket, professeur à l'Université de Liège. — Bruxelles, A. Manceaux, 1887.

Le traité de M. Flugge jouit en Allemagne d'une autorité très grande. La première édition constituait seulement un chapitre du Manuel d'hygiène de Ziemssen et V. Pettenkofer. La seconde édition publiée à part, considérablement remaniée et augmentée, est devenue un ouvrage classique dans les pays de langue allemande.

M. Firket nous dit, dans la préface de l'édition française, pourquoi son ami M. Henrijean a cru devoir traduire ce traité de bactériologie, « alors qu'en France, où les travaux de Pasteur ont depuis longtemps stimulé l'intérêt qui s'attache à ces études, la littérature compte déjà des livres tels que ceux de Duclaux, de Cornil et Babès, pour ne citer que les plus importants ». Le livre de Flugge ne fera pas double emploi avec ces ouvrages justement célèbres parce que ces divers auteurs se sont placés à des points de vue différents.

M. Duclaux, dans son beau *Traité de microbiologie*, de l'Encyclopédie chimique, a étudié les organismes inférieurs *en eux-mêmes*, au point de vue de leurs caractères morphologiques et physiologiques, des conditions nécessaires à leur nutrition, à leur reproduction, des actions physico-chimiques que développent leur vitalité, fermentations, etc.

MM. Cornil et Babès ont étudié surtout les bactéries au point de vue de leur rôle dans l'*anatomie et l'histologie pathologiques* des maladies infectieuses; ils ont décrit la lutte qui s'établit entre les microbes et les éléments de nos tissus, les désordres physiologiques et morphologiques que cette lutte entraîne, c'est-à-dire les dégénérescences et mortifications, la réaction inflammatoire des cellules vivantes.

C'est surtout au point de vue de l'*étiologie* des maladies infectieuses que s'est placé M. Flugge. Il s'est proposé, en publiant son livre, de faire connaître les microbes « en tant qu'ils intéressent directement ou indirectement l'*hygiène* ». M. Flugge n'est pas de ceux qui croient que le microbe est la cause unique et suffisante de la maladie; il sait que la genèse d'une maladie infectieuse réclame un concours de facteurs multiples pour assurer la multiplication et le développement du germe primitif; il a appelé, au contraire, l'attention sur la diversité des conditions qui coopèrent au développement et à la propagation des épidémies.

M. Firket est donc en droit de dire que le livre du médecin allemand, que M. Henrijean présente au public français, n'est pas simplement un manuel de laboratoire, écrit par un savant abstracteur de quintessence, mais indifférent aux questions que soulève la pratique médicale. Les chapitres que l'auteur consacre à la genèse des épidémies, à l'étude de l'immunité, de l'atténuation des virus, etc., touchent aux préoccupations constantes de la médecine clinique. Ils seront donc lus avec fruit, non seulement par ceux qui s'occupent personnellement de l'étude des bactéries, mais par tous les médecins qui veulent rester au courant du mouvement des idées et du progrès des connaissances médicales. Le public français ne peut donc que savoir gré à M. Henrijean, ancien élève de M. Flugge et familiarisé lui-même avec la pratique des méthodes bactériologiques, d'avoir introduit chez nous le livre de son maître, en le traduisant avec fidélité et élégance.

En accueillant avec faveur ce livre allemand, nous prouverons une fois de plus que

nous rendons justice aux travaux de nos voisins..., sans espérer qu'ils en fassent autant pour les nôtres; car on chercherait vainement dans ce livre de 600 pages une seule phrase élogieuse ou même seulement polie pour nos microbiologistes. — P. L. G.

MANUEL D'HYGIÈNE SCOLAIRE, par le docteur F. DUBRISAY et P. YVON. Paris, Asselin et Houzeau, 1887.

L'hygiène scolaire, disent les auteurs dans leur préface, est devenue une science qui a des attaches avec toutes les autres sciences; tour à tour elle s'adresse à la géologie, à la météorologie physique, à la chimie, à la médecine. Il convient de réunir dans un livre d'une lecture facile les renseignements dont les médecins inspecteurs peuvent avoir besoin, pour rechercher et vérifier si toutes les conditions imposées par l'hygiène ont été bien remplies par les écoles.

Les auteurs du *Manuel d'hygiène scolaire* se sont proposé pour but d'écrire ce livre, et ils ont parfaitement réussi. La première partie de leur ouvrage est consacrée à l'hygiène générale relative à l'emplacement, à l'exposition et à l'orientation des bâtiments de l'école; la deuxième a trait à l'hygiène individuelle particulière aux enfants des écoles; la troisième traite de la prophylaxie des maladies, contagieuses ou autres; enfin un dernier chapitre est consacré à la question des dispensaires.

Nous espérons, avec les auteurs, que ce livre trouvera sa place au milieu des nombreux ouvrages consacrés à l'enfance, et qu'il contribuera à préparer des citoyens utiles et de vigoureux soldats qui acquitteront dignement la dette qu'ils auront contractée envers la patrie. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Ostéomyélite suraiguë; mort en deux jours; présence des microcoques dans les muscles de la jambe et dans les poumons. — Le professeur Kohts (de Strasbourg) a fait, au 60e Congrès des médecins et naturalistes allemands, une importante communication sur l'ostéomyélite qu'il nous paraît utile de résumer ici. Cette communication, rapportée *in extenso* dans la *Deutsche med. Wochenschrift* du 3 novembre, tend en effet à démontrer que la pénétration des germes infectieux de l'ostéomyélite se fait par la voie pulmonaire.

Il s'agit d'une superbe petite fille de 3 ans et demi, robuste, bien développée, sans aucun antécédent diathésique, n'ayant eu aucune maladie éruptive ou infectieuse. Malgré les plus minutieuses recherches, on ne trouve à incriminer comme cause de l'affection osseuse qu'une chute dans un bassin rempli d'eau trois semaines avant l'apparition du mal; ce bain intempestif n'avait été suivi d'aucun malaise local ou général.

Le 15 janvier au soir, la petite fille ayant peu mangé à son dîner demande à être portée dans son lit; le lendemain, elle est prise d'une fièvre vive et pousse des plaintes. Le même jour, à cinq heures, elle est visitée par le professeur Kohts qui trouve une température de 40°5, le pouls à 180, la respiration à 44. Pendant qu'on cherche à soulever l'enfant pour examiner l'abdomen et la poitrine qui sont indemnes, les plaintes redoublent et on découvre que la jambe droite est le siège de douleurs violentes; rien cependant, dans l'aspect extérieur, ne pouvait attirer attention sur cette région qui n'est ni rouge ni œdémateuse. L'articulation du genou, siège des douleurs les plus violentes, ne renferme aucun liquide; un seul fait est constatable, la douleur aiguë provoquée par le moindre mouvement du corps de la malade qui pousse des cris perçants dès qu'on fait mine de lui toucher le genou. Battements du cœur normaux; rate un peu grosse; pas d'albumine dans les urines.

Le 17 au matin, temp. 41°, la plus légère palpation du membre malade y provoque des spasmes musculaires qui se généralisent; dans la journée, somnolence coupée de convulsions; opisthotonos; coma, mort dans la soirée avec une température de 41°,3.

Les résultats nécropsiques sont fort intéressants : nous passons les détails relatifs au

cerveau, à la moelle et aux viscères pour arriver de suite aux points importants notés par le professeur Recklinghausen.

Les muscles de la jambe droite présentent un grand nombre de taches ecchymotiques de quelques millimètres à grand diamètre parallèle à l'axe du membre : on en trouve dans l'extenseur des orteils, les péroniers, les gastrocnémiens et le soléaire. A la coupe la moelle osseuse est jaune, très riche en graisse, parsemée çà et là de taches rougeâtres.

L'examen microscopique démontre que les ecchymoses musculaires contiennent toutes une fort grande quantité de micrococci, abondants surtout au niveau de la solution de continuité du vaisseau qui a donné naissance aux extravasats. Le petit foyer hémorrhagique est entouré de globules blancs ; les fibres musculaires voisines sont en voie de dégénérescence hyaline.

Dans la moelle osseuse, les micrococques n'ont pu être mis en évidence, la matière examinée étant au reste en quantité insuffisante; mais les poumons en sont farcis. Les capillaires artériels des poumons charriaient des embolies graisseuses; on y trouve, en même temps que dans les parois alvéolaires, une grande quantité de micrococci. Quelques alvéoles sont remplies d'une émulsion graisseuse ressemblant à du lait.

Le diagnostic anatomique est, en somme : embolies graisseuses et infarctus des poumons; présence des micrococci dans les capillaires artériels, dans les dernières ramifications bronchiques, dans les vaisseaux de la rate et des reins; péri-bronchite purulente; myosite microbienne et ostéo-myélite au début.

Les lésions nécropsiques du poumon et surtout cette péribronchite purulente montrent que les parties les premières atteintes sont les bronches, et que ce sont les voies aériennes qui ont livré accès aux microbes, causes de la myosite infectieuse et de l'ostéomyélite.

Bref, après avoir rappelé que les travaux et observations de Krause (1) et de Ribbert (2) semblent confirmer son opinion, l'auteur allemand termine par les conclusions suivantes :

L'ostéomyélite primitive aiguë peut évoluer en deux jours et se terminer par la mort.

Comme cause prédisposante, nous n'avons pu trouver, dans notre cas, qu'une chute dans un bassin rempli d'eau, trois semaines avant l'apparition du mal.

Les seules douleurs dans un membre, sans autre signe local, doivent, en présence d'une fièvre fort vive, faire penser à une ostéomyélite primitive infectieuse.

L'infection de l'organisme se fait, vraisemblablement, par la voie pulmonaire.

Ch. S.

FORMULAIRE

Lotions contre le prurit vulvaire. — De Sinéty.

Acide phénique	1	gramme.
Acide thymique	2	grammes.
Alcool	10	—
Eau	200	—

Faites dissoudre. — Pour lotions plusieurs fois le jour, dans le cas de prurit de la vulve. — On peut, dans le même but, recourir à une solution composée de : chlorhydrate de morphine 0, gr. 50, borate de soude 10 gram., eau chloroformée saturée 300 gram. ; ou enfin à une solution plus ou moins concentrée de cocaïne. — Dans le cas de complication de diabète, le docteur Schroder recommande l'usage de bains de siège, froids ou tièdes, additionnés de potasse. — Scanzoni propose un liniment composé de 3 gr. de chloroforme pour 30 gram. d'huile d'amandes douces. — N. G.

---

(1) Krause. *Fortschritte der medicin*, II, 1884.

(2) Ribbert. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1884.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Autriche. — *Vienne est une des villes les plus salubres de l'Autriche,* c'est au moins ce que prétend le docteur Kussy, conseiller au ministère de l'intérieur, et nous devons l'en croire, car ses assertions se basent sur des chiffres statistiques certains. La mortalité de Vienne fut, en 1880, de 25 p. 1,000 habitants, proportion de beaucoup dépassée : à Trieste, 30 p. 100; à Prague, 30,9; à Laibach, 44, etc. Relativement à la tuberculose, Vienne reste encore dans la moyenne (65 p. 10,000 habitants); il n'est donc plus vrai d'appeler la tuberculose « morbus viennensis ». C'est là le résultat des eaux de source amenées à Vienne, de la multiplication du système de water-closets dans les habitations, etc. Le stadtphysicus de la capitale austro-hongroise termine son rapport en insistant sur la nécessité de l'installation d'un hôpital de tuberculeux en dehors des murs de la ville.

A ce même propos, nous lisons dans l'*All. Wiener med. Zeitung* du 22 novembre, l'entrefilet suivant :

« On parle sérieusement de la création d'un Comité d'hygiène composé de 5 membres, et relevant du ministère de l'intérieur. Ce Comité aura pour mission d'étudier et de proposer les mesures sanitaires d'ordre général, ainsi que la préparation des arrêtés concernant certaines provinces en particulier. Notre joie d'annoncer l'organisation d'une aussi utile institution est mitigée par le regret d'apprendre à nos lecteurs qu'il ne s'agit pas, pour ce Comité d'hygiène, de l'Autriche, mais de l'Italie. » — Ch. S.

COURRIER

Par arrêtés ministériels, en date du 7 décembre 1887 :

1° La chaire de zoologie de la Faculté des sciences de Lille est déclarée vacante ;

2° Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1888, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen ;

4° Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques de ladite Ecole ;

4° Un concours s'ouvrira, le 15 juin 1888, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen ;

5° Un concours s'ouvrira, le 15 juillet 1888, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Faculté de médecine de Paris. — Aux termes de l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, et conformément à la décision prise par le Conseil des Facultés, les cours vaqueront à l'occasion du Jour de l'an, du jeudi matin 29 décembre 1887 au mercredi soir 4 janvier 1888 et reprendront le jeudi 5 janvier.

— La date d'ouverture de la prochaine session de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui doit avoir lieu à Oran, sous la présidence de M. Laussedat, est définitivement fixée au jeqdi 29 mars 1888.

En présence des difficultés matérielles que présente l'organisation de ce Congrès et en vue d'éviter l'encombrement qui résulterait d'inscriptions prises à la dernière heure et qui augmenterait les embarras du voyage et du séjour pour les personnes qui prendront part à la session, le conseil d'administration a décidé que seuls, les membres figurant sur les listes de l'Association de 1887, seront assurés de bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du Congrès d'Oran.

Les membres de l'Association qui seraient dans l'intention d'assister audit Congrès,

sont priés de se faire inscrire le plus rapidement possible. Il va sans dire que cette indication ne constitue de leur part aucun engagement formel.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique de M. le professeur Sée.* — M. le docteur Hénocque fera, le lundi 19 décembre, à neuf heures et demie du matin, une conférence *sur les applications de l'hématoscopie à la clinique.* — Exposé et démonstration de la méthode.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Casalongua (d'Alata) et Lelièvre (de Paris).

SOUSCRIPTION DAVIEL. — Souscription pour l'érection d'un monument à Jacques Daviel. (Suite).

	Report.......	2.330
MM.	Cusco................................	20 fr.
	Desnos................................	10
	Lereboullet...........................	20
	Villemin..............................	20
	Vidal.................................	20
	Laborde...............................	10
	François Franck.......................	20
	Quénu.................................	10
	Le Fort...............................	20
	Ricord................................	50
	Beaumetz..............................	10
	Siredey...............................	10
	Nocard................................	10
	Charpentier...........................	20
	H. Blot...............................	10
	Henri Roger...........................	10
	Tarnier...............................	20
	Polaillon.............................	20
	Horteloup.............................	40
	Segond................................	20
	Th. Anger.............................	20
	Bouilly...............................	20
	Nepveu................................	10
	Delens................................	10
	Després...............................	10
	Régnier...............................	10
	Routier...............................	10
	Saint-Germain.........................	20
	Magitot...............................	10
	Ch. Périer............................	20
	Terrier...............................	10
	Terrillon.............................	10
	L. Championnière.....................	10
	Total........	2.900 (*A suivre*).

Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur A. Brun, 23, rue d'Aumale.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Le rapport de la commission allemande qui est allée étudier le choléra en Egypte et dans l'Inde en 1883 et 1884, sous la direction de M. Koch, vient de paraître. Rédigé par MM. Koch et Gaffky, ce rapport forme le troisième volume des travaux de l'office impérial de santé; il contient non seulement les renseignements relatifs aux recherches bactériologiques qui ont été faites au cours de cette mission, mais encore, ce qui est plus important à notre point de vue, une enquête approfondie sur les causes de l'épidémie égyptienne et les conditions qui ont favorisé son développement. Les résultats de cette enquête sont absolument d'accord avec ceux des médecins français; ils attribuent l'arrivée du choléra en Egypte à l'incurie intéressée des agents du gouvernement anglais, qui ont apporté la plus grande négligence dans l'application des mesures quarantenaires; et, comme les délégués français, dont la manière de voir a été partagée par la grande majorité des membres des Congrès récents de Rome et de Vienne, ils pensent que l'application stricte des mesures quarantenaires est nécessaire, et capable de limiter l'extension du choléra, et même de le resteindre à son foyer initial, l'Inde.

L'importance de cette déclaration de la mission allemande, venant confirmer l'utilité des mesures que le gouvernement français avait fait appliquer avec succès pendant près de quinze ans aux abords de la mer Rouge, n'échappera à personne.

— Nous relevons dans la séance solennelle de l'Académie de médecine une indication qui intéresse beaucoup les futurs candidats aux prix : C'est

FEUILLETON

HARVEY ET LA CIRCULATION DU SANG.

I.

William ou Guillaume Harvey est né en Angleterre, dans le comté de Kent, le 1er avril 1578. Plusieurs d'entre vous connaissent Folkestone, petit port sur la Manche, tête de ligne de chemin de fer; c'est la patrie de Harvey, c'est dans cet endroit qu'habitait sa famille.

Dès l'âge de 10 ans, William commença ses études à Cantorbéry; puis il les poursuivit à Cambridge sur la logique et la philosophie naturelle. Après avoir terminé son éducation, il voulut être médecin et aussitôt il passe sur le continent, voyage en France, en Allemagne, en Italie, et s'arrête à Padoue. Les écoles italiennes répandaient alors un vif éclat; elles attiraient de toutes parts les étudiants, les savants, les lettrés, et Padoue, remarquable entre toutes, avait parmi ses professeurs : Fabrice d'Aquapendente, le successeur de Gabriel Fallope pour l'anatomie, et Casserius pour la chirurgie.

Après un séjour d'environ cinq années en Italie, Harvey revint en Angleterre; il avait pris le diplôme de docteur le 25 avril 1602. Il se fixait à Londres à l'âge de 26 ans, et il y épousait la fille de Lancelot Brown, praticien très estimé (1604); sa femme ne lui

que la date du dépôt des mémoires présentés est avancée de fin juin à fin février. Sont exceptés de cette mesure les mémoires présentés au concours pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, qui doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet. — L.-H. P.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le professeur Verneuil.

De quelques causes de gravité de la syphilis (1).

(*Hybrides syphilitiques*).

Parmi les causes de la gravité de la syphilis chez certains malades, il en est une que je considère comme très importante et sur laquelle j'ai déjà attiré à plusieurs reprises l'attention ; c'est la combinaison de la syphilis avec diverses affections générales : alcoolisme, paludisme, etc., ou des lésions locales, néoplasmes, ulcères variqueux, etc. Le plus souvent, la syphilis donne à la lésion coïncidente, presque toujours de date postérieure, des caractères particuliers, qui ne sont plus ceux que l'on assigne classiquement ni à cette lésion ni aux accidents syphilitiques, mais qui se rapprochent plus de ces derniers que de ceux des néoplasmes ou des ulcères variqueux.

C'est à cette combinaison, signalée déjà par un certain nombre d'auteurs, mais qui n'occupe pas dans nos livres classiques la place qu'elle mérite, que j'ai donné le nom d'*hybridité syphilitique*. Il en existe de nombreuses variétés, suivant l'état général ou local qui se combine avec la syphilis.

Au congrès de Londres, en 1881, j'ai exposé les résultats de mon expérience sur les hybrides formés par la scrofule et le cancer. Depuis, ces

(1) D'après le tome V des *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil, actuellement sous presse. — L.-H. P.

---

donna jamais d'enfants. Vers la même époque, Guillaume Harvey devenait membre du collège des médecins de Londres.

En 1609, Harvey fut attaché, comme médecin adjoint, à l'hôpital Saint-Barthélemy; le docteur Wilkinson, médecin en chef, étant mort pendant cette même année, William, chargé de l'intérim, devint bientôt titulaire, c'est-à-dire médecin en chef. Harvey commença dès lors et avec succès à pratiquer la médecine. Il eut pour clients des personnages considérables : sir Thomas Howard, comte d'Arundel, qui lui avait voué une grande affection, et aussi le chancelier Bacon, alors tout-puissant. Ce dernier dut favoriser la nomination de Harvey, comme médecin suppléant ou extraordinaire de Jacques Ier, fils de Marie Stuart. Puis Harvey devint médecin du roi Charles Ier, de tragique mémoire; grâce à lui, il put expérimenter sur les animaux mis à sa disposition dans le parc de Windsor et poursuivre ses recherches physiologiques.

Harvey avait 37 ans lorsqu'il fut choisi par le collège des médecins de Londres pour faire des lectures publiques sur l'anatomie et la physiologie, en d'autres termes, pour y professer ces deux sciences. Dès le mois d'avril 1615, Harvey exposait ses idées nouvelles sur la circulation du sang et sur la génération des animaux. Ces notions favorites reparurent souvent dans les cours qui suivirent; plusieurs fois, le professeur fut appelé à expliquer devant le roi et les seigneurs de la cour le phénomène de la circulation. Enfin, en 1628, après quatorze années au moins de travaux, d'enseignement et de méditations, il publiait le livre : *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, qui devait rendre son nom immortel.

deux questions ont été reprises avec beaucoup de détails par deux de mes élèves, MM. Ramonat (1883) et Ozenne (1884), qui en ont fait le sujet de leur thèse inaugurale. Un autre de mes élèves, M. A. Broca, a consacré un chapitre de sa thèse à l'hybridité qui résulte de la combinaison de la syphilis avec les varices des jambes. M. le docteur Nepveu, mon chef de laboratoire, a publié encore, dans la *Revue de chirurgie* de 1884, une note sur quelques variétés rares de l'ulcère syphilitique des jambes, qui renferme aussi quelques faits intéressants du même genre. On trouvera du reste, dans ces travaux, une bibliographie fort étendue des auteurs qui avaient parlé plus ou moins longuement de la question. Je veux seulement attirer aujourd'hui l'attention sur quelques faits nouveaux relatifs aux formes de l'hybridité syphilitique.

Voici d'abord un document assez peu connu, traduit des *Transactions* du Congrès international de Londres, en 1881 (T. II, p. 383), et qui nous donne une idée de l'opinion des médecins anglais sur le sujet.

Dans la discussion qui suivit ma communication sur l'influence des diathèses tuberculeuse, goutteuse ou autre sur la syphilis, M. le professeur Hutchinson dit ne connaître que peu de chose sur les modifications de la syphilis chez les sujets affectés d'une autre diathèse, la goutte, la tuberculose, etc.

Le caractère le plus remarquable de la syphilis est son uniformité, en dépit de toute diathèse. Sa gravité et sa bénignité dépendent de l'idiosyncrasie du sujet ; on la voit très grave chez les personnes les plus robustes, tandis qu'elle est souvent très bénigne chez les sujets délicats, scrofuleux, cachectiques ; mais il n'y a pas de règles à cet égard.

On peut considérer comme probable qu'il y a chez les scrofuleux une plus grande tendance à la suppuration, et une plus grande difficulté pour les tissus enflammés à revenir à l'état sain ; mais cette influence est légère. Le mercure agit très bien chez les scrofuleux comme chez les autres diathésiques atteints de syphilis, et peut-être ce qu'on appelle idiosyncrasie, par rapport au virus syphilitique, n'est-il autre chose que la manière dont le malade supporte les antidotes ; la maladie est souvent exceptionnellement grave parce que le patient supporte mal le mercure et les iodures. Cette idiosyncrasie,

---

Je vous l'ai dit, Harvey, comme praticien, avait une vogue considérable ; la publication de son traité aurait dû l'augmenter, mais, au contraire, elle lui causa d'amères déceptions. Le résultat immédiat fut la désertion des malades, avec l'envie et la haine de ses confrères. Pour celui qui connaît un peu le cœur humain, Harvey devait éprouver le sort de tout génie novateur : on devait d'abord nier sa découverte, puis la chose prouvée, affirmer qu'elle n'était pas sienne, qu'elle ne lui appartenait pas. Tandis que Harvey, tout entier à ses démonstrations, cherchait à convaincre ses nombreux contradicteurs, la révolution d'Angleterre s'accomplissait ; un régime nouveau allait succéder au régime ancien. Pendant la guerre civile, Harvey, inébranlable dans sa fidélité au malheureux Charles Ier, suivit la fortune du roi ; celui-ci lui confia la direction du collège de Merton, à Oxford, en remplacement de Brent, destitué pour ses opinions politiques. Le parti vainqueur s'empressa de réintégrer Brent ; la populace de Londres pilla, puis incendia la maison de Harvey, détruisant plusieurs ouvrages manuscrits du grand physiologiste, en particulier un *Traité sur la génération des insectes*. Harvey donna l'exemple rare, dans tous les temps, d'une reconnaissance inaltérable envers son bienfaiteur, et sa bibliothèque, ainsi que ses manuscrits perdus, sa fortune anéantie, rien ne put, suivant l'expression de Béclard, ébranler sa grande âme.

Le roi mort et la ruine consommée, William Harvey, dégoûté du monde, vécut très retiré chez ses frères dont le commerce était prospère et qui lui reconstituèrent une petite fortune. Vous devinez qu'il devait en faire un noble usage. Il passa les dernières années de sa vie à Lambeth ou à la maison de campagne de l'un de ses frères, à Richmond.

qu'elle tienne à la maladie ou à son remède, se manifeste souvent dès le chancre et dure pendant tout le cours de la diathèse ; s'il y a des exceptions, c'est que l'action du mercure a changé et a déterminé une modification matérielle dans la santé du malade.

Si on admet que la scrofule prédispose toute inflammation à la chronicité et à l'ulcération, on peut admettre aussi que la goutte, dans tous les troubles de la santé générale, y compris la syphilis, prédispose aux douleurs des os et des articulations et aux inflammations de certaines parties de l'œil. Quant au phagédénisme, qu'il atteigne le chancre ou les ulcérations secondaires, on ne peut dire qu'il soit l'effet d'une autre diathèse préexistante. Lorsque l'iritis syphilitique survient chez un arthritique, elle prend le plus souvent la forme récidivante ; mais il en est de même de toute iritis arthritique.

Tout ce qui précède concerne la syphilis acquise ; mais la syphilis héréditaire subit mieux l'influence d'une autre diathèse, parce que toutes deux sont mêlées ensemble depuis l'origine de l'existence de l'individu. Mais on ne trouve que rarement des preuves de ce mélange. La syphilis peut simuler cent maladies, mais ses manifestations sont de souche pure, et ne montrent que peu de traces d'hybridité, elles sont encore curables par les spécifiques et par eux seuls ; et si l'on conseille d'autres moyens d'améliorer la santé générale, c'est d'habitude plutôt pour permettre à l'organisme de bien supporter les remèdes, que dans l'espoir que ce traitement exercera une influence bien nette sur la lésion locale. En tout cas, dans toute son évolution, qu'elle soit héréditaire ou acquise, la syphilis reste la syphilis. Le lupus nasal de nature syphilitique a peut-être quelque cachet particulier quand il survient chez les scrofuleux. Chez les enfants nés de goutteux syphilitiques, les affections articulaires sont peut-être plus fréquentes et plus graves. La coïncidence de la syphilis congénitale et du rachitisme est sans doute très commune et a amené de grandes erreurs sur leurs relations d'origine. La vérité est probablement qu'elles affectent les mêmes tissus, que la syphilis donne au rachitisme une tendance à l'inflammation et à la suppuration, mais l'opinion de Parrot et d'autres sur l'origine syphilitique du rachitisme est erronée.

M. le professeur E.-H. Bennett, de Dublin, a insisté seulement sur ce fait que la syphilis n'attaque jamais la partie osseuse des articulations, mais reste toujours bornée à la partie extra-articulaire du squelette ; elle n'apporte aucune modification aux arthrites tuberculeuses ou goutteuses.

Harvey fit construire à ses frais un bâtiment pour les collections et la bibliothèque du collège des médecins de Londres ; aussi les membres du collège, ses collègues, voulant lui témoigner leur reconnaissance, le choisirent à l'unanimité, en l'an 1654, pour leur président. Il déclina cet honneur et lorsque la députation chargée de lui annoncer son élection se présenta chez lui, il répondit : « Je vous remercie de l'insigne honneur que vous avez voulu me faire, mais c'est un trop lourd fardeau pour un vieillard. J'ai trop à cœur la prospérité du grand corps auquel je m'honore d'appartenir pour la laisser péricliter entre mes mains. » Il termina en désignant celui qu'il regardait comme le plus digne.

Un ami vint trouver Harvey dans sa retraite et lui enleva, en quelque sorte, à force de supplications, le manuscrit de son ouvrage sur la génération. Harvey ne l'aurait jamais publié si cet élève et ami, Georges Ent, n'avait voulu se charger de l'impression et de la correction des épreuves. Ent a raconté son entretien avec Harvey et rapporté les paroles de tristesse de son maître. « Pourquoi, disait ce dernier, voulez-vous me faire quitter le port tranquille où j'ai désormais abrité ma vie ? Qu'ai-je besoin de me lancer de nouveau sur une mer perfide. L'orage ne m'a-t-il pas assez frappé de ses coups ? Laissez-moi passer les jours qui me restent à vivre dans un repos que j'ai assez chèrement acheté. » Georges Ent, en possession du manuscrit, hâta la publication qui eut lieu cette même année...

II.

Pour apprécier l'opposition faite à Harvey et pourquoi, ainsi que beaucoup de grands

M. le docteur R. Drysdale, de Londres, qui prit ensuite la parole, dit qu'il ne croyait pas à la fréquence des hybrides de la syphilis avec la scrofule, la tuberculose, la goutte et le rhumatisme. Il a pensé autrefois que la syphilis avait une gravité particulière chez les goutteux et les tuberculeux, mais il a renoncé à cette idée. Le seul point qui lui semble vrai, c'est que la syphilis est particulièrement grave chez les femmes et les vieillards. Les femmes ont, plus que les hommes, des affections nerveuses graves, de l'anesthésie, des éruptions spéciales (syphilides pigmentaires), émaciation, cachexie, etc.

Mon élève, le docteur L.-H. Petit, a rapporté ensuite un cas de coïncidence de la syphilis et du paludisme d'abord, puis de la tuberculose chez un malade de 35 ans, ayant longtemps séjourné en Roumanie.

Ce malade était sujet à de fréquentes rechutes de la fièvre intermittente et était si habitué à se servir de la quinine en pareil cas, qu'il en prenait sans même consulter de médecin, dès que la fièvre revenait.

En 1879, dit l'auteur, la quinine se montrant inefficace contre un nouvel accès, le malade vint me consulter; je fis prendre d'abord un éméto-cathartique, et le lendemain un gramme de sulfate de quinine; mais, bien que cette dose fût répétée plusieurs jours de suite, et que les effets toxiques se manifestassent, la quinine resta impuissante. Je procédai alors à un examen complet, *a capite ad calcem*, pour trouver la cause de ce résultat négatif. Tous les viscères étaient sains, sauf la rate, qui était volumineuse; mais je trouvai sur les membres inférieurs une éruption pustuleuse, provenant d'une syphilis contractée trois ans auparavant. Pour contrôler l'opinion de M. Verneuil sur le rôle de la syphilis dans cette association morbide, je fis cesser la quinine et prescrivis des frictions à la face interne des cuisses avec l'onguent napolitain. L'éruption disparut rapidement et les accès fébriles diminuèrent peu à peu; j'ajoutai alors aux frictions, comme toniques, à cause de la grande faiblesse du malade, l'arsenic et la quinine, et le patient fut bientôt en assez bon état pour pouvoir faire un voyage en Italie.

Je le revis deux ans après. Il avait été repris plusieurs fois de ses accès de fièvre et récemment d'une éruption syphilitique dont il s'était débarrassé avec le même traitement que la fois précédente; mais actuellement sa santé paraissait très altérée. Deux mois auparavant, la fièvre intermittente était revenue, sans éruption cutanée, et n'avait

---

hommes, il a subi la calomnie et l'outrage, il faudra nous reporter au temps où il vivait. La hardiesse du novateur consistait à démontrer que depuis plus de quatorze siècles, le dogme établi par Galien sur les mouvements du sang dans les vaisseaux qui le renferment, était faux, absolument faux. Harvey n'était pas un extravagant comme Paracelse, il renversait froidement et de fond en comble l'ancienne physiologie.

Avant d'arriver aux XVI et XVIIe siècles, sur lesquels j'aurai à insister, rappelez-vous que les Hippocratiques n'ont eu aucune connaissance du courant circulaire sanguin. C'est en vain qu'on a torturé les textes et cherché dans l'expression αἵματος περίοδος le soupçon de la circulation hématique. Aristote croyait que le cœur seul et les veines contenaient du sang. Vous savez que Démocrite, Anaxagore, surtout Erasistrate, regardaient les artères comme un système de vaisseaux absolument distinct des veines et rempli d'air, ou πνεῦμα. L'erreur provenait de ce qu'on avait vu, sur les cadavres, les artères vides de sang et paraissant ne renfermer que de l'air (ἀὴρ τηρεῖν ἀρτηρία). Quant au mouvement du sang dans les canaux veineux, les anciens supposaient une sorte d'oscillation ou d'ondulation, ou de flot alternatif; de là une comparaison aristotélique avec le flux et reflux de l'Euripe, cette partie de la mer disposée en canal étroit séparant l'île d'Eubée, de l'Attique et de la Béotie, aujourd'hui la mer de Négrepont. Au total, l'antiquité admettait dans le sang un mouvement de va-et-vient, en rapport avec l'inspiration et l'expiration de l'air par la trachée-artère, ou artère rude.

Arrivons à Galien. Nous sommes en présence d'un système habilement conçu, mais

cédé depuis lors ni à la quinine ni au mercure; le malade était pâle, émacié, cachectique, avec expression anxieuse de la face, les yeux brillants, fièvre continue, toux sèche de temps en temps, sans expectoration; sueurs nocturnes, qu'il croyait être les traces de son ancienne maladie. Un peu de matité en divers points de la poitrine et une diminution du murmure respiratoire me firent penser à la présence de gommes pulmonaires et donner l'iodure de potassium, mais sans résultat. Je demandai alors l'avis de M. Desnos, qui trouva une petite caverne sous la clavicule droite. Tout traitement fut inefficace; le malade s'affaiblit de plus en plus et mourut trois mois après.

Dans ce cas, tant que le paludisme exista seul, la quinine suffit à amener la guérison; mais, lorsque la syphilis s'y ajouta, bien que la première donnât encore les symptômes prédominants, la seconde jouait évidemment le rôle principal dans ce duo pathologique, et ce fut seulement quand on eut recours au traitement spécifique que l'amélioration survint. Enfin, lorsque apparut la phthisie pulmonaire, la fièvre perdit son caractère intermittent, devint continue, et tous les moyens thérapeutiques employés restèrent sans effet; ce qui vient confirmer l'opinion de M. Verneuil sur l'inefficacité du traitement dans les périodes avancées des hybrides pathologiques.

Comme on le voit, la discussion soulevée au Congrès de Londres ne jeta pas une grande lumière sur la question, peut-être faute de préparation suffisante.

D'ailleurs, si on conçoit la combinaison de la syphilis avec toutes les autres maladies générales, infectieuses ou autres, il s'en faut qu'on possède des observations bien prises de toutes les associations que la théorie fait prévoir. Celle que M. Petit a rapportée est la seule qui ait été donnée avec détails dans la précédente discussion; les autres orateurs se sont contentés de fournir des assertions plus ou moins vagues. Aussi était-il nécessaire de recueillir de nouveaux faits.

Je dois à l'obligeance d'un de mes anciens élèves et amis, le docteur Launay, des notes précieuses sur un malade que j'ai soigné avec lui; il s'agit d'une syphilis survenue chez un sujet atteint, antérieurement à l'in-

---

qui n'a pas été fait ou établi d'un seul coup; il existe disséminé dans la Collection des Œuvres galéniques, il n'est même pas toujours concordant. Le médecin de Pergame cherche, à diverses reprises, à faire plier l'observation sous l'idée préconçue; cet expérimentateur, si habile parfois et si remarquable, a puisé dans sa riche imagnation quand il ne trouvait pas ce qu'il désirait.

Fort de ses expériences, Galien prouve que les artères renferment du sang comme les veines. En ouvrant le ventre de jeunes chevreaux, on verra, dit-il, très distinctement les artères du mésentère remplies de lait (ce qui montre qu'il avait aperçu les Chylifères); mais, sur les animaux adultes, elles ont un autre aspect. Cependant, jamais elles n'auront dans leur intérieur que du πνεῦμα. L'artère du bras ou de la cuisse liée en haut et en bas, puis incisée entre les deux ligatures, est toujours pleine de sang. Si avec un stylet ou un scalpel, on pique, on blesse une artère, le sang s'en échappe aussitôt et par suite des anastomoses entre les veines et les artères du corps, tout le sang de l'animal s'en échappera. Toutes les artères battent au même moment par suite d'une certaine puissance qui vient du cœur.

Pour apprécier cette puissance, Galien a fait une expérience souvent citée, répétée, et qui l'a induit en erreur : mettant une artère à nu, qu'on fasse une incision longitudinale, que, par une ouverture, on insinue dans le vaisseau et suivant son axe un tube creux, alors si on ferme la plaie, on voit l'artère entière exécuter des pulsations, même au-dessous de la solution de continuité. Mais dès qu'on applique au-dessus une ligature comprenant l'artère et le tube, le pouls cesse à la partie inférieure, parce que, ajoute

fection, de la diarrhée de la Cochinchine et un peu après d'une attaque intense de malaria. Sur un tel terrain, ainsi miné par deux maladies sérieuses, la syphilis, bénigne à son début et par sa lésion initiale, marcha alors très rapidement et escaladant, si je puis ainsi dire, la période secondaire, présenta bientôt les formes tertiaires : rupia, périostose et gomme, le tout en moins de quatre mois. Cette marche rapide révélait déjà la gravité du mal, mais elle faisait craindre aussi l'impuissance des remèdes, ce que la suite ne démontra que trop.

Maintenant est-ce la diarrhée de Cochinchine qu'il faut accuser ou la fièvre intermittente, qui jette le malade dans une prostration si profonde? C'est ce que je ne saurais dire, bien que dans mes études sur le paludisme j'aie déjà constaté l'influence fâcheuse qu'il exerce sur la syphilis. Dans une leçon publiée dans la *France médicale* de 1886 (t. I, p. 709 et 722) sur les facteurs de gravité de la syphilis, M. le professeur Fournier a également insisté sur le rôle que joue en pareil cas le paludisme; toujours est-il que si, chez mon malade, on lui doit, en partie l'aggravation primitive de la vérole, la diarrhée y a aussi contribué en mettant obstacle à l'action des médicaments.

C'est donc là un exemple de plus des difficultés extrêmes en face desquelles on se trouve quand on a affaire à l'hybridité morbide si le malheur veut que la médication qui convient à l'un des facteurs morbides soit nuisible à l'autre.

Finalement la perte du malade en pareil cas provient autant de la nécessité des traitements spécifiques que des progrès mêmes de l'association pathologique, progrès auquel on ne peut rien opposer d'efficace.

Voici l'observation en question, qui est, en certains points, comparable à celle de M. Petit rapportée plus haut :

Diarrhée de Cochinchine. — Léger chancre balanique spontanément guéri. — Fièvre intermittente grave. — Apparition précoce de manifestations syphilitiques secondaires tardives et tertiaires. — Impuissance du traitement spécifique. — Cachexie rapide. — Mort six mois à peine après l'infectiom. — M. P..., 29 ans, fonctionnaire public, est un peu chétif et

---

Galien, la ligature empêche la force pulsative de se propager le long des membranes. Le sang continue de couler comme auparavant et devrait produire le pouls... le sang n'est donc point la cause du pouls.

Cette expérience de Galien est délicate, et rapidement le sang se coagule dans le tube; on voit alors cesser les battements au-dessous du tube obstrué par un caillot. On peut se demander si, l'expérience étant bien faite par Galien, il n'aurait pas découvert le circulus du sang.

Pour Galien, les oreillettes sont des parties accessoires du cœur, l'oreillette droite se confond avec la veine cave, l'oreillette gauche avec l'artère veineuse (veines pulmonaires). Le cœur étant exclusivement formé de deux ventricules, il n'y compte que quatre orifices. Les valvules sigmoïdes et auriculo-ventriculaires, bien connues d'Erasistrate, n'offrent pas, aux yeux de Galien, un obstacle au flux et reflux du sang : les orifices des vaisseaux ne sont en aucun cas assez étroitement fermés pour que rien ne revienne en arrière. Il y a distribution et oscillation du contenu des vaisseaux.

L'os antérieur de la poitrine (sternum) étant enlevé, le cœur étant mis à nu, on lui reconnaît trois états; il se dilate lorsqu'il veut attirer quelque substance utile (diastole), se replie sur lui-même pour jouir des substances attirées, se contracte pour expulser le résidu de ces substances. Galien a souvent fait l'ablation du sternum chez les animaux; il avait vu les contractions du cœur chez le fils de Maryllas.

Le ventricule gauche contient du sang, Erasistrate, « menteur et impudent », a prétendu le contraire; mais si l'on plonge un stylet, même très fin dans le cœur, on fera tou-

sujet à la bronchite. Son père, mort d'hémorrhagie cérébrale; sa mère, bien portante, est atteinte de rhumatisme.

Il se portait bien lorsque, en avril 1885, il partit pour la Cochinchine. Grâce à sa sobriété et à la régularité de sa vie, il resta plus d'un an en bonne santé. Au printemps de 1886, étant à Saïgon, il est pris de diarrhée; puis en septembre, à la suite d'une insolation, d'une fièvre palustre violente à type continu, qui a laissé après elle un épuisement considérable. Quelques semaines avant, M. P..., après un coït suspect, aperçut au gland une petite érosion dont on ne reconnut point la nature et à laquelle on n'opposa aucun traitement. Cette érosion, du reste, se termina spontanément, reparut pendant quelques jours, et finit par se cicatriser, de sorte qu'on n'y attacha aucune importance.

M. P..., repartant pour la France en octobre, débarque à Toulon le 20 novembre 1886, après quarante-deux jours d'une traversée pendant laquelle il souffrit beaucoup. La diarrhée, en effet, avait reparu très intense, et, à Port-Saïd, la fièvre avait récidivé, moins violente à la vérité qu'à la première attaque. Pendant le voyage, une éruption croûteuse avait reparu sur le front et à la joue. Le malade, reçu à l'hôpital Saint-Mandrier, y resta trois jours pour s'y reposer et arriva à Paris le 24 novembre 1886; il était alors en fort triste état : maigreur extrême, peau sèche et rugueuse, selles abondantes et se répétant jusqu'à douze ou quinze fois dans les vingt-quatre heures. On prescrivit les astringents et une alimentation choisie qui améliora la situation; le malade reprend de l'appétit et peut se lever quelques heures. On institue alors contre la diarrhée le traitement recommandé par le docteur Féris (*Archives de médecine navale*, 1886), mais sans résultat.

A cette époque, une tumeur apparaît à la partie postérieure, supérieure et interne de la cuisse gauche, dans la région des adducteurs, causant de vives douleurs. D'abord du volume d'une noix, mobile et comme perdue dans l'épaisseur des muscles, elle croît avec rapidité, de façon qu'au bout de quinze jours elle a acquis le volume du poing. Les souffrances sont violentes et provoquent des plaintes continuelles. On commence les injections de morphine à la dose de 2 centigrammes.

Appelé en consultation le 14 décembre 1886 par le docteur Launay, je reconnais au front une éruption très caractérisée de rupia syphilitique, une périostite non moins évidente de la première côte droite; enfin, à la racine de la cuisse, une grosse tuméfaction gommeuse, mal limitée, englobant les muscles, infiltrant le tissu conjonctif, et entourant le nerf obturateur qu'elle comprime sans doute.

---

jours couler du sang. Les mouvements du cœur ne dépendent pas des mouvements respiratoires : il suffit de respirer plusieurs fois de suite, puis de rester sans respirer; les mouvements du cœur subsisteront. Le cœur est le principe du mouvement artériel, le cerveau est le principe du mouvement volontaire. Sur les animaux sacrifiés dans les fêtes religieuses, on voit que le cœur étant arraché de la poitrine et placé sur l'autel, l'animal respire encore, se débat et crie jusqu'à ce que, tout son sang étant écoulé, il reste inanimé. Au contraire, les taureaux auxquels on a coupé la moelle épinière, à la première vertèbre cervicale, ne peuvent plus courir et tombent, ayant perdu la respiration : cependant le cœur et les artères, mûs par le cœur, continuent à battre. C'est donc à tort qu'Aristote dit que le cœur est l'origine des nerfs. Cette origine est le cerveau, tandis que le cœur est l'origine des artères.

Le cœur, pour se mouvoir, a besoin de chaleur, car, quand on enlève le sternum et le péricarde, le cœur continue à se mouvoir, si on lui conserve sa chaleur naturelle; mais si on le refroidit par l'eau froide ou par tout autre procédé, immédiatement le cœur s'arrête. D'ailleurs, chez un animal qui vient de mourir, la chaleur du cœur est plus considérable que celle de toute autre partie du corps, et principalement la cavité du ventricule gauche est très chaude.

Les veines n'ont pas leur principe dans le cœur, mais dans le foie, car elles battraient comme des artères si elles provenaient du cœur; cependant, sur un animal dont on a enlevé l'appendice xyphoïde, on voit battre l'oreillette droite et la veine cave qui s'y

Je reconstitue de la manière suivante cette histoire : En août, chancre infectant très bénin localement et guérissant seul chez un sujet atteint depuis trois mois de diarrhée rebelle.

En septembre, paludisme surajouté, à forme grave et laissant à sa suite une débilitation profonde ; traversée longue, fatigante ; arrivée en France en novembre ; la syphilis n'est pas encore reconnue ; à la fin de ce mois, développement d'une périostite costale et d'une gomme profonde de la cuisse.

L'état général est très mauvais, la diarrhée persiste ; les douleurs sont violentes dans la tumeur fémorale. — Le pronostic est grave, car si le traitement spécifique est indiqué et indispensable, tout fait craindre qu'il ne soit pas toléré.

Désirant faire contrôler mon opinion, j'engage la famille à consulter mon éminent ami et collègue le professeur Fournier, qui, le 16 décembre, accepta complètement mon diagnostic ; il déclara en plus que le pronostic était fort grave et que le malade lui semblait inévitablement perdu. Il prescrivit néanmoins : iodure de potassium, 3 grammes ; extrait mou de quinquina, 2 grammes. A prendre chaque jour en deux doses, matin et soir, dans une tasse de café noir. — Puis le régime alimentaire du docteur Féris (peptones, lait, bouillon dégraissé, poudre de viande avec pepsine, etc.). Enfin, sur la tumeur de la cuisse et la périostite costale, les frictions avec l'onguent napolitain.

25 décembre. — L'amélioration ne se produit pas, la tumeur grossit, acquiert le volume d'une tête de fœtus à terme, et se ramollit maintenant à son centre, sans présenter néanmoins de changements de couleur à la peau. On avait essayé de porter l'iodure de potassium à 4 grammes par jour, mais l'appétit se perdant et la fièvre revenant sous forme d'accès, on est obligé de diminuer la dose et de reprendre, le 30, le sulfate de quinine et l'extrait mou de quinquina, qui ne sont pas beaucoup mieux tolérés. Les douleurs de la cuisse descendant de plus en plus loin, on administra jusqu'à 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées.

Le 2 janvier, je revois le malade avec MM. Fournier et Launay ; nous découvrons derrière l'oreille un ganglion tuméfié et sensible à la pression. La tumeur de la cuisse s'est étendue dans tous les sens ; la fluctuation y est très manifeste et les douleurs toujours très vives. Nous faisons avec l'aspirateur Dieulafoy une ponction qui extrait environ 500 grammes de pus très liquide et sans odeur ; la tumeur diminue beaucoup, mais sa base, indurée et diffuse, présente encore une grande épaisseur ; on pousse dans la poche 40 grammes d'éther iodoformé à 5 p. 100.

---

rend. Cette exception entre toutes les veines a été admirablement signalée par Galien ; son observation est très exacte.

Vous voyez, Messieurs, quel grand nombre de faits Galien a démontrés et mis en évidence; mais des erreurs fondamentales, des erreurs presque incompréhensibles pour nous, l'ont empêché d'arriver à la vérité. Ainsi, pour Galien, une artère amène du poumon l'air dans le cœur (veines pulmonaires) et cette artère doit finalement rafraîchir le sang en lui envoyant sans cesse de l'air. De plus, les ventricules communiquent entre eux par les porosités ou les perforations de la cloison médiane, et, de la sorte, tout le sang arrive à être rafraîchi par l'air...

En pensant que le mouvement des artères est dû non à l'impulsion du sang, mais à l'ébranlement des parois par action du cœur, Galien est resté à côté de la circulation artérielle ; il a presque totalement ignoré le mouvement centripète du sang veineux, puisque pour lui le sang allait du foie aux membres. En réalité, Galien n'a connu ni la grande ni la petite circulation.

(A suivre.) Prof. LABOULBÈNE.

POMMADE ANTIDARTREUSE. — Rayer.

Précipité blanc........................	1 gramme.
Axonge très fraîche........................	20 grammes.

Mêlez. — Pour onctions matin et soir dans le cas d'eczéma sec, et contre les gerçures des lèvres et du nez consécutives à l'action du froid, ou occasionnées par le coryza. — N. G.

Le soulagement se produit rapidement, l'état général s'améliore, l'adénite auriculaire n'est plus douloureuse, mais ce résultat ne dure pas.

Le 5 janvier, une gastralgie intense force à suspendre l'iodure de potassium. L'appétit disparaît, la cavité purulente se remplit et les souffrances y reviennent; l'érosion chancreuse du gland se rouvre.

Le 7 janvier, les frictions mercurielles déterminant de la salivation doivent être abandonnées à leur tour. Le régime alimentaire se compose de lait, de poudre de viande, de peptones et de glycose. La diarrhée continue. Amaigrissement, faiblesse extrême, agitation nerveuse continuelle.

Le 17 janvier, une nouvelle ponction paraît nécessaire pour assurer du soulagement; elle soutire 250 grammes de pus; on injecte 20 grammes d'éther iodoformé; l'ouverture faite par le trocart ne se ferme pas, l'abcès s'affaisse, une fistule s'établit.

Le 20 janvier, subdélirium; alimentation nulle; cachexie à marche rapide. Mort le 25. Pas d'autopsie. *(A suivre.)*

Prix de l'Académie pour 1887.

Prix de l'Académie (1,000). — Question : *De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires.* — M. Laurent Secheyron, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Prix d'Argenteuil (10,000 francs.) — Le prix n'est pas décerné. Des encouragements sont accordés : 1° 1,500 francs à M. Robert Jamin (de Paris), pour son *Etude sur l'urèthrite chronique blennorrhagique.* — 2° 1,500 francs à M. le docteur Hartmann (de Paris), pour son travail intitulé : *Des cystites douloureuses et leur traitement.* — 3° 1,000 francs à M. le docteur Tuffier (de Paris), pour son travail : *Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires.* — 4° 1,000 francs à M. le docteur Noel Hallé (de Paris), pour son mémoire ayant pour titre : *Urétérites et pyélites.*

Prix Barbier (2,000 francs). — M. Galtier, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, pour son travail intitulé : *La rage envisagée chez l'homme et chez les animaux.*

Prix Henri-Buignet (1,500 francs). — M. le docteur Gréhant (de Paris), pour ses *Recherches de physiologie et d'hygiène sur l'acide carbonique.*

Prix Capuron (1,000 francs). — Question : *De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Etudier les altérations et les états pathologiques qui peuvent en résulter.* — L'Académie ne décerne pas le prix. — Un encouragement de 300 francs est accordé à M. Avrard (de Paris).

Prix Civrieux (1,000 francs). — Question : *Des névralgies vésicales.* — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur Maxime Chaleix (de Bordeaux). — 2° M. le docteur Hartmann (de Paris).

Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Etienne (de Toulouse) et à M. le docteur Bernard médecin de la marine en retraite.

Prix Daudet (1,000 francs). — Question : *De l'actinomycose.* — M. Léon Mandereau, vétérinaire, inspecteur sanitaire, à Besançon.

Prix Desportes (1,300 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Quatre encouragements ont été accordés : 1° 400 francs à M. Duguet (de Paris), pour son travail intitulé : *Goitres et médication iodée interstitielle.* — 2° 300 francs à M. Senut, médecin-major de première classe à l'hôpital de Bordeaux, pour ses recherches sur la glycosurie et le diabète sucré, leur traitement par les eaux de Vichy. — 3° 300 francs à M. le docteur Henri Dandieu (de Paris), pour son étude expérimentale et clinique de la pyridine et de la collidine comme médicaments respiratoires. — 4° 300 francs, à M. Caravias (de Paris).

Concours Vulfranc Gerdy. — M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles, chargé d'étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal et principalement les eaux de Chaudesaigues, a fait un bon rapport sur ces eaux et l'a déposé avant l'époque fixée par l'article 4 du règlement (du 15 au 31 mars de l'année suivante(. L'Académie lui décerne une somme de 1,000 francs pour ce travail. Elle lui accorde en outre 3,000 francs avec mission d'aller étudier, en 1887, les eaux minérales de l'Aragon (Espagne.) — M. Dumont, élève de Paris, a été désigné pour observer, au point de vue bactériologique,

les eaux minérales de Franzensbad, Karlsbad, Marienbad et Téplitz (Autriche-Hongrie); 3,000 francs ont été versés à M. Dumont. — L'Académie a alloué 1,500 francs à M. Lamarque, élève de Paris, et l'a chargé d'étudier les maladies traitées par les eaux minérales de Cauterets, pendant la saison thermale de 1887.

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg), pour son *Etude sur les Kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical.* — 2° Un encouragement de 300 francs à M. le docteur Maubrac, médecin aide-major à Bizerte (Tunisie), pour son mémoire intitulé : *Plaies et ligature de la veine fémorale.* — 3° Un encouragement de 200 francs à M. le docteur Duchastelet (de Paris), pour un travail ayant pour titre : *Capacité et tension de la vessie.*

Prix de l'Hygiène de l'Enfance (1,000 francs). — Question : *Etude clinique de l'athrepsie.* — M. Adolphe Lesage, interne à l'hôpital Saint-Antoine (Paris).

Deux mentions honorables sont accordées à : M. le docteur Gaétan Dupré, à Longueval (Aisne). — M. le docteur Jacquemart (de Paris).

Prix Laval (1,000 francs). — M. Le Noir, interne à l'hôpital Dubois.

Prix Lefèvre (2,000 francs). — Question : *De la mélancolie.* — M. le docteur A. Paris, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

Une mention honorable est accordée à M. le docteur Elie Nicoulau (de Bordeaux).

Prix Auguste Monbinne (1,500 fr.). — M. Aubry (Paul), de Paris, auteur du mémoire ayant pour titre : *Rapport à M. le Ministre de l'instruction publique, sur les hôpitaux en Orient, l'aliénation mentale et la lèpre.*

Deux mentions honorables sont accordées : 1° A M. le docteur Motais (d'Angers), pour son ouvrage intitulé : *Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés.* — 2° A M. le docteur Moura (de Paris), pour son ouvrage ayant pour titre : *Rôle physiologique du muscle aryténoïdien. Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine.*

Prix Oulmont (1,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu la médaille d'or au concours annuel des prix de l'internat. Il sera décerné quand le concours sera terminé.

Prix Portal (600 francs). — Question : *De la tuberculose rénale primitive.* — M. le docteur Cayla (Albert), de Neuilly (Seine).

Prix Vernois (800 francs). — M. le docteur Mireur (Hippolyte), de Marseille, auteur du travail ayant pour titre : *La syphilis et la prostitution dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi.*

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. (Voir *Union médicale*, p. 792.)

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. (Voir *Union médicale*, p. 863.)

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le Ministre de l'intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2,000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux en dehors de la question de prix :

Médaille d'or. — M. E. Ory, inspecteur du service des enfants assistés et des établissement de bienfaisance du Rhône pour son rapport sur ces deux services, en 1886, et pour son ouvrage : *Guide manuel de la protection des enfants au premier âge.*

Rappel de médaille de vermeil. — M. Lavergne, pour son rapport sur le service des enfants assistés et le service de la protection du premier âge, en 1885, dans l'Allier.

Médaille d'argent. — M. le docteur Ledé (de Paris), inspecteur des enfants du premier âge et des crèches du département de la Seine, pour ses mémoires manuscrits intitulés : 1° Durée du séjour et mortalité des enfants en nourrice, avec tableau statistique; 2° Des nourrices, recherches sur leurs départements d'origine, leur âge, celui de leur lait et applications de la loi Roussel.

M. le docteur Blache (de Paris). Observations sur les résultats obtenus par l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine.

Rappels de médailles d'argent. — M. le docteur Séjournet, médecin à Revin (Ardennes),

pour ses manuscrits, application et fonctionnement de la loi Roussel dans le département des Ardennes en 1885, Compte rendu des maladies et de la mortalité infantile dans la circonscription de Revin, 1886.

M. Métérie. Rapport sur les enfants assistés et protection du premier âge dans le département du Nord, en 1885.

Médailles de bronze. — M. le docteur Mireur : La mortalité des enfants à Marseille comparée à celle de la France et des autres nations.

M. le docteur Quesnoy (de Paris) : Les phases de la vie, du berceau à la tombe.

M. le docteur Veillard, à Meung-sur-Loire (Loiret) : Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants. — Paris.

M. le docteur Durand-Desmons, inspecteur : Rapport sur l'exécution de la loi Roussel dans le département de Seine-et-Marne, en 1886.

M. Pierre Fleury, inspecteur : Rapport sur les enfants assistés et la protection du premier âge dans le département de la Creuse, en 1886.

Prix et Médailles accordées a MM. les médecins-vaccinateurs, pour le service de vaccine en 1886. (Voir *Union médicale*, p. 838.)

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — Par suite du décès de M. Liouville et de la retraite de M. Lailler, les mutations suivantes vont avoir lieu dans les hôpitaux :

M. Oulmont passe du Bureau central à l'hospice Larochefoucauld ; MM. Tennesson, passe de Larochefoucauld à Saint-Antoine ; M. Straus passe de Tenon à Saint-Antoine ; M. Letulle passe de Sainte-Périne à Tenon ; M. Chauffard passe du Bureau Central à Sainte-Périne.

— Le Conseil de la Faculté a décidé, à l'unanimité, que l'amphithéâtre des cours libres attenant au musée Dupuytren, prendra désormais le nom d'amphithéâtre Cruveilhier.

— Le concours pour deux places de chef de clinique, à l'Ecole dentaire de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Papot et Legeret.

— M. le docteur Bernutz, médecin honoraire des hôpitaux de Paris et membre de l'Académie de médecine, est mort samedi dernier 10 décembre 1887, à Sedan.

Il appartenait à l'Académie depuis le 28 mai 1872, époque à laquelle il avait été élu dans la section de pathologie médicale en remplacement de Falret.

— Dans sa dernière séance, la Société d'Anthropologie de Paris a décidé de décerner le prix Godard, d'une valeur de cinq cent francs, à M. le docteur Maurel, médecin de la marine, pour ses *Recherches anthropologiques sur le Cambodge,* et un rappel de médaille de bronze à M. le docteur Atgier, médecin-major, pour sa *Géographie médicale du Morbihan.*

Le testament de Mme Boucicaut. — Parmi les dons généreux contenus dans ce testament, nous remarquons les deux suivants :

100,000 francs à M. Pasteur;

« Le reste de la fortune » à l'administration de l'Assistance publique, à charge de construire à Paris un hôpital. Ce reste, paraît-il, s'élève à 10 millions.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Michel Rambaud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Dupin (de Bordeaux); de M. le professeur Giraudet (de Tours), et de M. G. Masson, élève de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De la cure des hernies et hydrocèles congénitales

Par L.-G. Richelot.

Messieurs, nous ne devons pas nous plaindre, si le débat que j'ai soulevé sur la cure des hernies et hydrocèles congénitales, s'est transformé en une discussion plus vaste sur la cure radicale des hernies dans toutes leurs variétés. Néanmoins, je vous demande la permission de revenir à mon point de départ, afin d'être plus à l'aise pour répondre nettement et sans confusion aux divers orateurs qui ont occupé cette tribune. J'ai voulu établir les faits suivants :

1° La dissection intégrale des sacs inguinaux — sauf de très minimes réserves — est toujours possible; et c'est fort heureux, car elle est une condition majeure de la cure vraiment radicale.

2° La même dissection est toujours possible, en dépit des apparences contraires, dans les hernies et hydrocèles congénitales. Ici, j'ai indiqué par quel procédé minutieux, mais toujours abordable, on peut isoler le cordon spermatique dans les hernies petites et relativement récentes, où le conduit vagino-péritonéal est encore peu modifié par la présence des viscères. Un corollaire de cette seconde proposition, c'est la conservation du testicule dans la grande majorité des cas; là-dessus, nous sommes tous d'accord.

3° Il est utile d'opérer, *dès l'adolescence*, les hernies congénitales reconnues, et cela pour plusieurs raisons : *a*) la hernie congénitale, abandonnée à elle-même, est plus dangereuse que toute autre; *b*) à cet âge, la cure est plus bénigne et plus radicale que jamais.

4° Enfin, les hydrocèles congénitales, qui sont des hernies au petit pied, peuvent être guéries par le même procédé, que justifient doublement les dangers de la disposition congénitale, et l'extrême bénignité de l'opération.

A ces divers points, mes collègues ont donné leur assentiment ou apporté des réserves. Permettez-moi de passer en revue leurs principaux arguments.

M. Terrillon nous a parlé des hernies congénitales volumineuses; c'est le point sur lequel j'avais le moins insisté. Ce que j'ai dit s'applique, il est vrai, à toutes les hernies congénitales, mais la question délicate, au point de vue du manuel opératoire et des indications, est celle des petites hernies de l'adolescence. Quand la hernie est ancienne et volumineuse, la disposition des éléments du cordon, leur étalement à la face externe du sac sont à peu près les mêmes que dans les hernies acquises de même âge et de même volume; leur adhérence n'est guère plus intime. Nous entrons donc, avec M. Terrillon, dans l'étude des procédés applicables aux vieux sacs inguinaux en général. Pourquoi notre collègue refuse-t-il de les disséquer tout entiers, et veut-il qu'on les oblitère par le « capitonnage »? Ce mode de traitement n'est valable qu'à une condition, c'est qu'avant d'adosser par des sutures les feuillets séreux qu'on laisse dans la plaie, on dissèque intégralement la partie la plus élevée du sac, pour l'oblitérer au-dessus de l'orifice interne, et ne pas laisser d'infundibulum que l'intestin poussera

devant lui pour former un nouveau sac; c'est la condition *sine qua non* pour éviter les récidives. Or, je pose ce dilemme : ou l'isolement de la séreuse ne remonte pas assez haut dans l'abdomen et la cure radicale est illusoire; ou, s'il est fait convenablement, vous avez accompli le temps le plus ardu de l'opération. Alors, pourquoi ne pas enlever le fond du sac, c'est-à-dire la partie la plus facile à traiter? Est-ce pour abréger l'opération d'un quart d'heure? Pour mon compte, je vois un grand avantage à terminer la dissection, celui d'avoir une plaie simple et d'une réunion plus sûre, un avivement large et une bonne cicatrice de soutien.

Avec M. Championnière, je suis d'accord sur tous les points essentiels. Mon collègue m'a fait deux critiques portant sur la forme bien plus que sur le fond. J'ai dit que la dissection des sacs inguinaux est toujours possible et n'offre pas de grosses difficultés; il me répond que la cure radicale est une opération très difficile, et que ceux qui la trouvent aisée sont ceux qui la font mal. Nous tendons au même but, en nous servant d'un langage différent : M. Championnière demande qu'on ne fasse pas des opérations sommaires, incomplètes, qui donnent des résultats médiocres et sur lesquelles on s'appuie pour discréditer la cure radicale ou en restreindre les indications; il faut donc opérer difficilement, minutieusement, sans négliger aucun précepte. Moi aussi, je demande que la cure soit efficace et la guérison définitive; et, comme la résection totale du sac est une condition majeure pour obtenir le succès, je trouve utile de prouver qu'elle n'offre pas les difficultés presque insurmontables que lui attribuent quelques-uns de nos collègues. Faut-il, puisque nous sommes d'accord sur le but à poursuivre, épiloguer sur les mots *facile* et *difficile?*

M. Championnière me reproche encore d'avoir dit que, sur la dissection intégrale des hernies congénitales, les auteurs n'ont pas donné jusqu'ici de conclusions fermes; et il allègue sa pratique et ses observations déjà nombreuses. Je n'ignore pas que mon collègue en sait tout aussi long que moi sur la question; mais ses idées, sur le point spécial qui nous occupe, ne sont encore développées nulle part, elles sont indiquées seulement dans son important travail sur la *Cure radicale des hernies*, où nous trouvons un passage relatif aux hernies congénitales; encore ces quelques phrases ont-elles surtout pour objet de lever certains scrupules sur l'ablation de la glande séminale. M. Terrier, dont je connais bien la pratique, n'a rencontré, sur une trentaine d'opérations, qu'une seule hernie congénitale. Pour moi, je vous ai apporté mon travail parce qu'il était prêt; mais je ne pense pas que nous fassions, en ce moment, une course au clocher. Qui donc a établi, *ex professo*, que le conduit vagino-péritonéal est toujours séparable des éléments du cordon, comme un sac inguinal ordinaire? Je trouve, au contraire, dans les auteurs, les plus grandes divergences à cet égard. Pour la plupart d'entre eux, la question est neuve et incertaine. Voulez-vous savoir ce que pense un des Allemands qui se rapprochent le plus de notre opinion? Sonnenburg (de Berlin) dit qu'on a tort de sacrifier la glande séminale, et qu'on doit la conserver presque toujours. Mais il ajoute que le sac d'une hernie congénitale ne peut guère se séparer des éléments du cordon. Dans une série de cas opérés à la clinique de Bergmann, où l'ablation du testicule fut toujours évitée, une partie du sac fut isolée quelquefois, et l'orifice fermé par des sutures. Est-ce là une conclusion ferme? En revanche, quelques-uns déclarent — M. Segond vous l'a rappelé — que la moindre difficulté dans l'isolement du sac suffit pour autoriser la castration.

Aussi bien, je me suis placé sur un terrain très spécial. J'ai rapproché la hernie et l'hydrocèle congénitale, deux affections qui, à certain point de vue, n'en font qu'une : c'est la persistance du conduit vagino-péritonéal, révélée par la présence d'un contenu, liquide ou viscère. Et j'ai dit qu'il y a tout avantage à supprimer de bonne heure le conduit séreux, parce que l'opération est alors franchement bénigne, et aussi parce qu'elle est plus radicale que jamais. En effet, nous n'avons pas affaire à des avachis, à des éventrés, à des hernieux comme l'entendait Malgaigne ; à côté des parois abdominales incomplètes, avec large anneau, ectopie testiculaire, exstrophie de la vessie, etc., on trouve nombre d'adolescents bien conformés, dont le bassin, les aponévroses, les muscles sont normaux, et dont la seule tare est la persistance du conduit vagino-péritonéal. Ceux-ci n'ont pas de raison pour devenir des hernieux, si vous oblitérez leur trajet ; ils en ont, au contraire, pour affermir de jour en jour leurs parois abdominales. Il me semble que ces notions, et surtout la conduite qui en découle, ne sont pas si vulgaires et si communément admises, à voir l'opposition qu'elles soulèvent.

Ces détails donneront, j'espère, satisfaction à M. Terrier, qui m'a surtout demandé de faire une distinction nécessaire entre la hernie des jeunes sujets et celle des adultes. Ils feront cesser un malentendu qui me semble résulter des paroles de M. Reclus : nous sommes tous d'accord, a-t-il dit, pour ne pas opérer les jeunes. Pardon, je demande qu'on opère les jeunes, dans les conditions que j'ai dites et sur lesquelles je reviendrai encore ; non pas les enfants du premier âge, mais les adolescents, ceux qui entrent dans la vie, ceux qui vont se livrer à des travaux actifs, exercer leurs fonctions génitales, exposer leurs testicules. L'opération, à cet âge, a une valeur préventive qu'elle n'aura plus jamais au même degré. Quand cet enfant aura subi tous les ennuis, esquivé tous les périls de sa hernie, et sera devenu un homme de 50 ans, traînant un paquet d'intestin entre ses jambes, où sera le bénéfice de ne l'avoir pas débarrassé plus tôt ? Je ne veux pas l'opérer malgré lui, s'il vit à son gré avec un bandage ; mais quand on nous consulte, en général, c'est qu'on est inquiet ou mécontent. Je lui conseillerai, pour ma part, de ne pas laisser venir l'âge où il peut être mis en demeure de subir une opération moins simple et moins sûrement efficace.

Il est impossible d'apporter plus de conscience et de sévérité à l'examen d'une question en litige, que n'en a mis M. Berger dans son argumentation. La compétence de notre collègue, qui a fait des hernies en général une de ses études de prédilection, risquerait fort de m'embarrasser, si les preuves qu'il appelle à son aide n'étaient presque toutes empruntées à la statistique. A la vérité, quand on a recueilli et compulsé 10,000 cas, c'est une faiblesse pardonnable que de vouloir s'appuyer sur des chiffres ; mais l'appui que donnent ces chiffres est toujours bien incertain, quand il s'agit d'apprécier les faits délicats et complexes de la clinique.

M. Berger, malgré certaines réserves, cherche bel et bien à nous retenir dans la voie où nous sommes entrés. Voyons donc les raisons qu'il invoque en faveur de l'abstention ; comme plusieurs de nos collègues ont reproduit les mêmes arguments sous des formes variées, je répondrai à tous en même temps.

1° *Les hernies congénitales de l'enfance guérissent presque toutes*, spontanément ou par le bandage. Je crois l'opinion de M. Berger beaucoup trop optimiste, et il serait facile d'ergoter sur les chiffres qu'il apporte. Mais je

puis me dispenser de faire cet examen, car je n'ai parlé que des hernies observées pendant l'adolescence. J'accorde, avec tout le monde, que la hernie congénitale peut guérir, et je ne demande pas qu'on l'opère dans les premières années de la vie. Mais, si le bandage reste inefficace malgré tout le soin qu'on apporte à son application, ou parce qu'il est porté sans rigueur et sans méthode; si la hernie persiste et augmente; si, au bout de quelques années, les parents constatent l'inutilité de leurs efforts, s'inquiètent de l'avenir et nous demandent conseil, alors toute hésitation disparaît, nous sommes pleinement autorisés à faire, par une opération très bénigne, que l'enfant puisse vivre en liberté, consolide ses anneaux en se développant et ne devienne pas un hernieux dans toute la force du terme. Sommes-nous près de la quinzième année? Alors je reviens sans réserve à ma formule : toute hernie congénitale reconnue, pendant l'adolescence et au delà, peut être opérée de parti pris.

2° *La cure radicale n'est pas inoffensive.* Je dirais volontiers que l'adolescence est l'âge de la bénignité absolue. Pour démontrer que la cure n'est pas inoffensive, M. Berger quitte ce terrain, et nous parle de la cure des hernies en général. Il invoque les chiffres de Socin (de Bâle) : 52 cas avec 2 morts; ceux de Michel Banks : 78 cas avec 6 morts; et il nous propose 2 ou 3 p. 100 de mortalité. Ces chiffres ne démontrent pas grand'chose, car on ne peut juger la valeur d'une opération sans savoir où, pourquoi et comment les chirurgiens opèrent. Nous sommes plus avancés que nos voisins, et la statistique française est la plus encourageante. M. Terrier comptait l'autre jour 117 cas heureux; avec les miens, nous approchons de 140; de toute façon, nous avons de quoi répondre à ceux qui demandent une centaine de cas pour croire à l'innocuité de la cure radicale.

Il est convenu qu'on ne doit pas opérer les vieillards et les cachectiques. Le diabète et l'albuminurie sont ici, comme toujours, un terrain dangereux; quant aux vieux tousseurs, emphysémateux, prédisposés à la congestion pulmonaire, en vérité, ce n'est pas pour eux que l'opération est faite. Si quelque motif exceptionnel nous engage à tenter la chance, l'insuccès, dans de pareilles conditions, loin de compromettre la bonne renommée de l'opération, doit nous montrer combien il est mauvais d'attendre, pour y avoir recours, que les malades ne soient plus en état de la supporter.

En dehors de ces conditions mauvaises, nous avons la prétention de ne pas exposer la vie de nos malades. Et voilà pourquoi nous ne craignons pas d'opérer les hernies simples. On nous dit à cela que, d'après notre aveu, l'opération exige les précautions les plus minutieuses et une longue habitude de l'antisepsie; qu'elle n'est pas à la portée de tous, et que d'autres chirurgiens, confiants dans notre exemple, pourraient avoir des désastres. Je sais, Messieurs, que les meilleurs de nos maîtres aiment à recommander à nos jeunes confrères, à ceux qui exercent dans un milieu défavorable, avec un outillage imparfait, les opérations qu'ils peuvent aborder sans péril, les traitements qui rendent de bons services avec la plus grande somme de sécurité. C'est là un côté de leur enseignement qui me paraît des plus légitimes. Mais il ne s'ensuit pas — car les progrès de la chirurgie se font par le concours de tous — que des chirurgiens rompus à leur métier, bien aidés et bien pourvus, doivent reculer devant les opérations délicates.

3° *La cure radicale n'est pas efficace.* M. Berger nous entraîne encore loin des hernies du jeune âge, en invoquant la statistique de Socin, qui donne un tiers de récidives. Je le suis volontiers, pour déclarer que ce résultat me pa-

rait déjà très beau, surtout quand on songe que la hernie récidivée est toujours plus simple et moins dangereuse que la primitive. Quelle opération dirons-nous efficace, si deux tiers de guérisons définitives et un tiers d'améliorations ne peuvent nous encourager? Revenons, d'ailleurs, aux hernies des adolescents : j'ai dit plus haut comment la cure est plus sûrement radicale à cet âge; il faut ajouter maintenant que, si la récidive se produit, la vaginale est fermée, le testicule est à l'abri des compressions douloureuses, un sac ordinaire est substitué au conduit séreux dont la conformation était une source de dangers. Donc, l'amélioration est ici plus nette que jamais, et le service rendu plus important.

4° M. Berger m'a fait une dernière critique : il ne veut pas que l'hydrocèle congénitale prédispose à la hernie, et que la suppression de la première soit la cure préventive de la seconde. Il a vu rarement, en effet, les deux affections coïncider ou succéder l'une à l'autre.

J'ai dit que, dans l'hydrocèle congénitale, la sérosité importe peu, mais que la persistance du conduit vagino-péritonéal est une menace pour l'avenir. Assurément, ce n'est pas l'eau qui produit la hernie ; mais l'hydrocèle n'est autre chose que la persistance du conduit révélée par la présence d'un liquide. Or, niez-vous que la persistance du conduit prédispose à la hernie congénitale? Non certainement, puisque l'une est la condition même de l'autre.

Et voici l'intérêt pratique de ce rapprochement. Si vous respectez l'hydrocèle, vous laissez la porte ouverte à l'intestin ; si, par un traitement quelconque, vous oblitérez la tunique vaginale, la partie supérieure du conduit n'en existe pas moins, et perpétue les chances de hernie funiculaire. Aussi ne me paraît-il pas monstrueux de faire la dissection intégrale du conduit dans toute sa hauteur, opération préventive et des plus bénignes.

Un mot encore à M. Paul Segond. Notre collègue affirme que dans certains cas, les plus rares à la vérité, la dissection du sac inguinal est impossible. S'il fonde son opinion sur le dire de quelques auteurs, l'argument ne peut me suffire, puisque mon travail avait précisément pour but de les réfuter. Je l'ai fait en insistant sur une erreur souvent commise, et que nous devons signaler plutôt dix fois qu'une : on sait bien qu'il faut disséquer le vrai sac, l'isoler des couches adventices, on croit le faire et on ne le fait pas. Il y a des chirurgiens qui prétendent que la dissection donne du sang ; ceux-là n'ont pas disséqué le vrai sac. Ceux qui l'ont fait l'ont isolé par voie de décollement, à l'état de mince feuillet, quelque vieille que fût la hernie ; et cela, je le répète, sans trouver d'obstacles insurmontables.

Mais M. Segond a dit lui-même que les cas d'impossibilité sont « très rares ». Nous pourrions dire, à notre tour, que rien n'est absolu en ce monde, et qu'une fois par hasard il pourra nous arriver de renoncer à l'ablation totale. Serions-nous donc si près de nous entendre?

Malheureusement, derrière les mots il y a les tendances, et votre tendance n'est pas la nôtre. La vérité, c'est que vous ne croyez pas à la cure radicale; pour vous, elle est uniquement destinée à rendre une hernie indolente et coercible. Alors, faisant de parti pris une opération palliative, il ne vous importe guère de pousser jusqu'au bout la dissection; et vous la trouvez difficile, parce que vous ne tenez pas à la faire. Mais si, à partir d'aujourd'hui, vous consentiez à la trouver nécessaire, je vous mettrais au défi de la manquer jamais, car il n'y a pas de raison pour que votre bistouri échoue plus souvent que le nôtre.

Nous, au contraire, nous croyons à la cure radicale; nous possédons des faits qui nous encouragent; nous la faisons mieux qu'autrefois. MM. Verneuil et Le Fort nous affirment qu'elle est seulement palliative et que son nom est mal justifié; mais nos excellents maîtres ne se plaindraient pas, j'imagine, si nous les forcions un jour à penser comme nous; ils seraient les premiers à nous féliciter d'avoir rendu ce grand service aux malades. Alors, et puisque nos opérés ne meurent pas, pourquoi nous arrêter la main?

Pour moi, je ne veux pas me ranger parmi les sceptiques; je demande à conserver son nom à la cure radicale, parce qu'elle est radicale et parce qu'il faut qu'elle le soit.

Obsèques de M. le docteur Achille Foville.

Samedi dernier ont eu lieu, en l'église Saint-Thomas-d'Aquin, les obsèques du docteur Foville, secrétaire-général de l'*Association générale des médecins de France*, devant un immense concours de confrères et d'amis du défunt; professeurs de la Faculté de médecine, médecins, aliénistes, jurisconsultes, magistrats, membres de l'Administration supérieure... L'*Association générale des médecins de France* était représentée par les membres du Conseil général, et par son Président, M. le docteur Henri Roger, qui tous avaient tenu à rendre au regretté secrétaire-général de l'Œuvre ce dernier hommage. Au cimetière du Père-Lachaise, où a eu lieu l'inhumation, trois discours ont été prononcés : le premier, par M. le docteur Napias, inspecteur général, représentant M. le ministre de l'intérieur; le second, par M. le docteur A. Riant, au nom du Conseil général de l'Association des médecins de France; le troisième, par M. le docteur Ritti, au nom de la Société médico-psychologique.

Nous reproduisons ici les paroles prononcées par M. le docteur A. Riant, membre du Conseil général de l'Association, sur la tombe de Foville :

Messieurs,

C'est au nom du Conseil de l'Association générale des médecins de France, reconnaissant des services rendus par son secrétaire-général, c'est au nom des huit mille confrères formant cette fédération bienfaisante, dont la devise est : prévoyance, mutualité, honneur professionnel, que je viens rendre ce suprême hommage à un médecin éminent, à un savant, à un administrateur distingué, et — ce qui n'est pas moins à cette heure solennelle — à un homme de bien, dans la plus large acception du mot, à Achille Foville, secrétaire-général de notre grande Association médicale.

Héritier d'un nom célèbre dans la médecine mentale, Foville fit, au lycée Louis-le-Grand, de fortes et brillantes études.

Quand vint l'heure de choisir une carrière, il n'hésita pas, il adopta, — exemple trop rare aujourd'hui! — la profession qu'avait tant honorée son père.

Interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Assistance publique, reçu docteur en médecine en 1857, Foville fut successivement, de 1859 à 1877 : médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Quatre-Mares, près Rouen; médecin en chef de l'asile de Maréville; médecin-directeur à Dôle, puis à Châlons-sur-Marne; médecin-adjoint à Charenton; directeur de l'asile de Quatre-Mares, enfin inspecteur général des établissements de bienfaisance.

Dans toutes ces fonctions, Foville se montre observateur sagace, médecin, hygiéniste distingué, versé dans la connaissance du droit et de la législation, directeur expérimenté.

Partout où il passe, il observe, prend la plume et publie d'importantes et d'originales

études sur les services, sur les malades confiés à ses soins, sur les prévenus à propos desquels il est consulté par la justice.

De là tant de travaux scientifiques, tant de mémoires aussi variés que remarquables sur la *pathologie mentale et nerveuse*, sur la *médecine légale relative à l'aliénation mentale*, sur l'*assistance et la législation relative aux aliénés*, sur l'*hygiène et l'administration des asiles;* de là tant de contributions au *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, aux *Annales médico-psychologiques*, aux *Annales d'hygiène et de médecine légale;* tant de communications aux Société savantes, et ces lectures faites devant l'Académie de médecine, qui décerna le prix Civrieux à cet infatigable travailleur.

De telles œuvres et une expérience si bien acquise désignaient Foville pour les fonctions d'expert devant les tribunaux. Chargé d'éclairer la justice dans plusieurs affaires délicates, Foville se montra à la hauteur du rôle social du médecin-légiste, rôle si considérable et parfois si difficile à l'heure actuelle, parce que, s'il faut savoir tenir compte, devant la justice, des notions nouvelles, dans ce qu'elles ont de démontré et de légitimement acquis, l'expert doit se tenir en garde contre les utopies, prétendues scientifiques, qui ne visent à rien moins qu'à supprimer toute responsabilité morale et pénale. Les rapports médico-légaux de Foville montrent comment peuvent se concilier les véritables enseignements de la science moderne avec le respect des éternels principes de la morale et du droit.

Certes, ce fut justice quand, dans la séance du 12 décembre 1873, l'*Académie des sciences, belles-lettres et arts* de Rouen l'admit au nombre de ses membres.

Nobles travaux, veilles incessantes à la recherche de la vérité, pourquoi faut-il que vous ayez été interrompus par une mort prématurée, alors que tant de titres pouvaient légitimement faire espérer à Foville une récompense plus haute encore : un siège à l'Académie de médecine?

Si cette gloire achevée a manqué au savant, il en est une du moins qui ne fera pas défaut à l'homme de bien.

Parmi tant de preuves de dévouement, je ne veux citer que la part prise par Foville dans l'administration d'une grande œuvre professionnelle, l'Association générale des médecins de France. Le jour où l'un des éminents fondateurs, et le premier secrétaire-général de l'Association, dut, sous le coup de la maladie, résigner ses fonctions, Foville fut appelé à ce poste si honorable, mais si périlleux par cela même qu'il avait été si excellemment rempli par M. Amédée Latour. Elu secrétaire général par l'assemblée de 1882, il prit une part des plus actives aux travaux de la Société, soit dans le sein du Conseil ou des commissions, soit dans les assemblées générales, où il fit preuve d'une rare habileté à manier la plume ou à porter la parole. Esprit conciliant, toujours ingénieux pour maintenir l'union parmi les nombreux éléments de notre vaste fédération; usant de ses relations avec l'Administration supérieure au profit de l'Association qu'il représentait, maintes fois il aida à la solution des questions les plus difficiles et les plus importantes pour les intérêts de notre grande famille médicale.

Cependant, depuis plusieurs mois, notre cher secrétaire-général était mortellement atteint. Il le savait. Qui l'eût dit, à le voir accomplir si fidèlement tous ses devoirs, jusqu'à la dernière heure? C'est sur la brèche, en pleine inspection générale que les derniers coups du mal lui furent portés.

Revenu en hâte à Paris, il ne se releva plus; mais alors apparut toute l'énergie de cette âme virile.

Quel courage! Avec d'autres, il faudrait dire : quelle philosophie devant la souffrance et devant le mort! Avec Foville, c'est la foi, c'est la soumission qu'il nous faut admirer. Sa mort est exemplaire jusque dans les dernières épreuves. C'est à la religion qu'il demande les consolations suprêmes, pendant que ses proches, qu'une épouse désolée, qu'un frère bien-aimé l'assistent à ses derniers moments.

Cette scène touchante, notre Président en fut le témoin. C'est alors qu'il recueillit de la bouche de Foville, avec le regret de n'avoir pas fait davantage pour l'Association, l'expression d'un dernier souvenir qui montrait quelle place notre Œuvre tenait dans ce cœur généreux.

Suprême entretien, dans lequel le dernier mot de Foville a été pour le bien, pour la

charité confraternelle ; sa dernière pensée fut pour ceux qu'il aimait, pour les siens, et aussi pour cette famille médicale qu'il avait si noblement servie.

Et nous, représentant ici de cette famille confraternelle, nous venons adresser à Achille Foville un dernier adieu :

Foville, que ton dévouement, que ta charité reçoivent là-haut leur juste récompense ! Ton souvenir vivra dans les cœurs reconnaissants des membres de l'Association générale des médecins de France.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 décembre.

Recherches expérimentales sur la transmission de la tuberculose par les voies respiratoires par MM. Cadéac et Mallet :

« Il est aujourd'hui bien démontré que ceux qui cohabitent avec des phthisiques sont exposés à contracter la phthisie.

On ne saurait plus faire intervenir l'air expiré dans la transmission de cette maladie. Nous avons, en effet, établi depuis longtemps déjà que l'air expiré par les animaux atteints de fièvre charbonneuse ou clavelée, de morve et de tuberculose, ne contient jamais les germes de ces maladies. Aujourd'hui, on attribue cette contamination : 1° à la transformation des crachats infectieux en poussières impalpables que le balayage répand dans l'atmosphère; 2° à leur introduction dans les voies respiratoires, qui sont regardées comme la porte d'entrée de la tuberculose.

C'est afin de juger du degré de réceptivité de l'appareil de la respiration pour les bacilles de la tuberculose et, plus spécialement, pour mesurer l'étendue des dangers qui résultent de l'inhalation des poussières de matières tuberculeuses desséchées, que nous avons institué un certain nombre d'expériences exécutées dans des conditions variées.

En effet, pour pouvoir faire pénétrer des bacilles de la tuberculose dans les voies respiratoires de nos animaux mis en expériences, nous avons :

1° Fait inhaler des poussières tuberculeuses maintenues en suspension dans l'atmosphère par l'agitation continuelle de l'air, et nous avons constaté que, sur 46 animaux soumis à ces inhalations, 2, dont les voies respiratoires étaient irritées, sont devenus tuberculeux;

2° Nous avons pulvérisé des liquides tuberculeux dans des caisses renfermant des lapins et nous avons vu la tuberculose se développer constamment chez ces animaux;

3° Nous avons injecté le virus tuberculeux dans la trachée : les animaux auxquels ces injections ont été faites avec des matières fraîches tenues en suspension dans de l'eau distillée, deviennent rapidement tuberculeux.

En résumé, les voies respiratoires sont donc très favorables au développement de la tuberculose quand les bacilles qui pénètrent dans leur intérieur ont pour véhicule l'eau distillée ou un liquide inerte. Ces bacilles s'implantent, au contraire, difficilement et rarement dans les voies respiratoires des sujets sains quand ils sont incorporés à des poussières. »

Sur les variations morphologiques des microbes, par MM. L. Guignard et Charrin.

« On sait que plusieurs microbes présentent certaines variations morphologiques suivant le milieu, l'âge, la température; mais on ne connaît pas encore les limites entre lesquelles peut se mouvoir le polymorphisme, pas plus que la technique de la reproduction assurée de ce polymorphisme.

Dans une étude expérimentale de cette nature, nous avons choisi d'abord le microbe de la pyocyanine, parce qu'il a l'avantage de produire une matière colorante facile à caractériser et dont la présence ou l'absence permet en même temps d'apprécier les changements d'ordre physiologique accompagnant le développement d'un microbe chro-

mogène. Toutefois, nous envisagerons surtout, pour le moment, le côté morphologique, sachant du reste que d'autres microbes et d'autres substances peuvent être étudiés.

Pour diverses raisons, nous avons préféré les milieux liquides (bouillon de bœuf, de veau, etc.). Les résultats suivants se rapportent à des cultures faites à 35°. La comparaison des formes obtenues dans les cultures a été faite dans les mêmes conditions de coloration.

Dans le bouillon pur, le microbe de la pyocyanine est un bacille mobile dont la longueur égale à peine deux fois le diamètre (1 μ et 0.6 μ). La culture se recouvre d'un voile sous lequel apparaît la matière colorante, dont la teinte vert-bleu s'accentue pour passer ensuite au jaune. Le liquide devient filant. Les bacilles commencent alors à condenser leur contenu en un ou deux globules, autour desquels la membrane s'épaissit : ce sont des cellules enkystées, des arthrospores, bien que leur résistance à la chaleur et à la coloration ne soit d'abord guère plus marquée que celle des bacilles.

Si, au bouillon pur, on ajoute des acides minéraux ou organiques, des phénols, etc., on obtient des formes variables, suivant les proportions employées ; une de ces formes est représentée par un vrai *bactérium*. Dans le *naphtol* B, à la dose de 0.20 à 0,25 p. 1,000, on a des bacilles de toutes longueurs, isolés ou soudés en pseudo-filaments, et des filaments proprement dits, enchevêtrés, formant feutrage à la surface. Il en est de même avec 0,50 à 0,60 de *thymol*, avec 40 cc d'*alcool*, etc. Ces formes sont temporaires même dans les milieux antiseptiques, et font bientôt place au bacille normal ; la pyocyanine apparaît, si on ne se rapproche pas trop de la dose toxique ; cette dernière est de 0,35 pour le *naphtol* B, de 0,80 pour le *thymol*, de 60 cc. pour l'*alcool*. Avec 0,10 à 0,15 de bichromate de potasse, la culture encore transparente au bout d'un jour, renferme presque uniquement des filaments longs, plus épais que le bacille normal ; ils ont disparu vers le cinquième ou sixième jour ; avec 0,20 ils sont encore plus épaissis ; plusieurs offrent des formes d'involution et paraissent devoir périr.

L'*acide borique* donne des résultats des plus curieux ; à la dose de 2 à 3 grammes, ce corps retarde le développement sans empêcher la production de pyocyanine. A la dose de 4 à 5 grammes, les bacilles d'abord gonflés, granuleux, redeviennent homogènes vers le troisième jour, puis s'allongent en filaments, surtout à la surface, en contact avec l'air. A la dose de 6 à 7 grammes, on obtient, à un moment donné, outre des formes de longueur variable, des bacilles droits, ou flexueux, ou courbés en croissant et en boucle presque fermée, soit isolés, soit unis bout à bout. Quand la segmentation n'a pas lieu, il en résulte des spires, où l'on voit 8 ou 10 tours très serrés. Ces spires ne durent que quelques jours à l'étuve. Finalement le microbe reprend ses caractères ordinaires, mais il ne fait pas de pyocyanine. A la dose de 8 grammes, le développement ne se manifeste qu'après une huitaine de jours.

Nous avons aussi obtenu, notamment dans le bouillon additionné de quantités appropriées de créosote (0,75 à 1 gramme), de naphtol (0,20 à 0,30), d'acide salicylique (1,50 à 2 grammes), etc., après quelques semaines et en abaissant la température, la formation, dans presque tous les bacilles, de cellules durables, sphériques, à membranes épaissies, semblables à des microcoques, englobées dans une substance visqueuse. Il ne s'agit plus ici d'une forme végétative, mais de conservation ou de reproduction, car le semis en ballon ou culture cellulaire donne immédiatement le bacille normal.

Le polymorphisme expérimental de ce microbe est donc très étendu; mais, quelle que soit parmi ces formes (bactérium, bacille court ou long, droit ou courbé, filament, spirale, microcoque), celle avec laquelle on ensemence le bouillon pur, elle reproduit aussitôt la bacille normal, *lui seul* avec la pyocyanine. Ce contrôle nécessaire, appliqué à toutes les méthodes usitées en bactériologie (plaques, colonies), a toujours été le critérium de la pureté de nos cultures. Ces faits démontrent encore un des modes d'action des antiseptiques sur les microbes.

Si l'on n'arrive pas à fixer une de ces formes décrites d'une façon permanente, pourra-t-on supprimer définitivement la fonction chromogène? Quelles sont les modifications dans la virulence qui correspondent à telle ou telle forme végétative? Ces questions sont à l'étude.

Au point de vue botanique, le polymorphisme du *bacillus pyocyaneus* n'ébranle en

rien la notion généralement admise pour l'espèce; il n'en doit pas moins attirer de plus en plus l'attention sur l'influence des milieux, et mettre en garde contre certaines tendances à trop multiplier les espèces, en se basant sur une morphologie incomplète.

Nous nous sommes toujours efforcés d'opérer dans des conditions comparables; mais nous n'en ferons pas moins remarquer que les résultats obtenus peuvent être influencés par la nature des milieux de culture, par l'âge, la vitalité, la quantité de la semence employée.

Election d'un membre titulaire dans la section d'économie rurale. — Après trois tours de scrutin, M. Dehérain a été élu par 34 voix sur 60 votants. Les autres candidats étaient MM. Chambrelent, Duclaux et A. Girard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : Présentations. — De l'influence de l'antisepsie sur le résultat des grandes opérations. — Cure radicale des hernies. — De l'influence du traitement marin (talassothérapie), soit avant, soit après les opérations. — Rapport sur un travail intitulé : « Myxome kystique de la région du genou. — Séjour prolongé d'une balle de gros calibre dans le poignet.

M. Léon Le Fort offre en hommage le premier volume de la 9e édition de son *Traité de médecine opératoire*.

M. Trélat présente, de la part de M. Baudry, professeur à la Faculté de médecine de Lille, le deuxième fascicule de son *Traité de pathologie générale chirurgicale*.

M. Reclus présente un travail manuscrit de M. le docteur Ovion (de Boulogne-sur-Mer).

— M. Trélat donne lecture d'une note sur l'influence de l'antisepsie sur les résultats des grandes opérations. Avant l'introduction de l'antisepsie, dit M. Trélat, la gravité des amputations variait dans des proportions considérables, suivant la hauteur à laquelle portait la section.

Les amputations de cuisse avaient une mortalité énorme; les amputations pratiquées à l'extrémité des membres avaient une mortalité beaucoup moindre.

L'antisepsie, en abaissant dans une forte proportion la mortalité des grandes opérations, tend à égaliser le pourcentage des décès, quelle que soit l'amputation pratiquée. Ainsi, sur 65 amputations des membres pratiquées de novembre 1880 à novembre 1887, M. Trélat a obtenu les résultats suivants :

Amputations de cuisse..........	31	6 morts	19 p. 100.
— de jambe..........	22	3 —	13 —
— de bras	7	1 —	14 —
— d'avant-bras.......	5	1 —	20 —

La mortalité qui oscillait, avant l'antisepsie, entre 1 et 40 p. 100, oscille aujourd'hui entre 1 et 6 p. 100.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la cure radicale des hernies.

M. le baron de Saboïa, membre correspondant à Rio-de-Janeiro, donne lecture d'un travail dans lequel il déclare qu'ayant pratiqué dix fois l'opération de la cure radicale, il en a obtenu les meilleurs résultats. Mais il partage l'opinion de ceux qui pensent que cette opération ne doit pas être appliquée à toutes les hernies, et qu'en particulier les hernies congénitales, chez les enfants, guérissent fréquemment par le simple port d'un bandage, à moins, toutefois, qu'elles ne soient accompagnées d'ectopie du testicule.

M. Richelot, rapporteur, répond aux objections qui ont été dirigées contre les conclusions de la commission et résume les débats. (Voir plus haut.)

De l'influence du traitement marin (talassothérapie) sur les résultats des opérations chirurgicales. — M. Verneuil demande qu'une démarche soit faite au nom de la Société de chirurgie, auprès de l'administration de l'Assistance publique, en vue d'obtenir d'elle

que les jeunes gens et les adultes, ayant subi des opérations chirurgicales, soient admis à bénéficier du traitement marin dont on a constaté depuis longtemps déjà les heureux effets chez les enfants que l'administration hospitalière envoie à Berck-sur-Mer.

M. Hortkloup dit qu'une démarche a été déjà faite auprès de l'administration, et que la délégation dont il faisait partie a reçu de M. le directeur de l'Assistance publique l'assurance que, sur les trois cents lits supplémentaires qu'il était question d'établir à l'hôpital de Berck, cent seraient destinés à recevoir les adolescents et les adultes auxquels les chefs des services de chirurgie des hôpitaux de Paris croiraient devoir prescrire le séjour aux bords de la mer.

M. Léon Le Fort pense qu'il y aurait lieu de demander que les malades pussent être reçus à Berck, soit avant l'opération, pour y subir un traitement préparatoire, soit après l'opération, pour en assurer les bons résultats.

M. Terrier est d'avis que le séjour de Berck-sur-Mer ne conviendrait guère à beaucoup de malades, à ceux, en particulier, qui seraient atteints de tuberculose; ne serait-il pas préférable, au moins pour ceux-là, que l'administration de l'Assistance publique eût un établissement sur le littoral méditerranéen?

Après un court échange d'observations entre divers membres, la Société de chirurgie, sur la proposition de M. Verneuil, vote, à l'unanimité, des remerciements à l'administration de l'Assistance publique pour les mesures qu'elle a déjà prises en faveur des adolescents et des adultes des services de chirurgie des hôpitaux de Paris; M. Verneuil est chargé de transmettre l'expression de ces remerciements à M. le directeur.

— M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. le docteur Chavasse, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de chirurgie militaire du Val-de-Grâce, relative à une tumeur de la région du genou. Cette tumeur s'était manifestée, en septembre 1884, au niveau du bord interne du ligament rotulien et avait augmenté rapidement de volume. Lorsque M. Chavasse vit le malade en 1886, le volume de la tumeur était considérable; elle avait la consistance du fibro-lipome; sa mobilité excluait l'idée de toute adhérence avec les parties profondes.

Après l'ablation, l'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un myxome kystique. Jusqu'à ce jour, néanmoins, il n'y a pas eu de récidive.

— M. Poncet (de Cluny) met sous les yeux de ses collègues une balle de fusil ayant pénétré dans le corps d'un officier, à l'époque de la guerre de 1870. Pendant dix ans, le projectile resta dans les tissus, sans témoigner de sa présence autrement que par les difficultés qu'éprouvait le blessé à se servir de son bras. Mais, à la suite d'une chute sur la paume de la main, survenue il y a six ou sept ans, des accidents inflammatoires se manifestèrent au niveau de l'ancienne blessure, suivis d'un abcès qui fut ouvert à l'extérieur. Enfin, tout récemment, pour parer à de nouveaux accidents, M. Poncet s'est décidé à pratiquer l'extraction du projectile, opération qui n'a eu, du reste, aucune suite fâcheuse. M. Poncet pense qu'il eût fallu, au moment de l'accident, aller à la recherche de la balle et l'extraire; on eût ainsi évité d'abord l'impotence fonctionnelle du membre et ensuite les accidents inflammatoires dont la chute a été l'occasion, et qui ont amené la formation de l'abcès.

M. Reclus ne partage pas l'opinion exprimée par M. Poncet. Il lui a été donné d'observer deux faits qui lui semblent militer en faveur de l'abstention, en présence d'une plaie avec pénétration du projectile dans les tissus.

Dans le premier cas, il s'agit d'une balle de revolver ayant pénétré sous la peau de la première phalange de l'index. Sentant la balle à fleur de peau, M. Reclus pensa qu'il en pratiquerait facilement l'extraction à l'aide d'un davier. Mais, après incision, il s'aperçut que le projectile s'était enchâssé dans l'os et que, pour l'enlever, il faudrait s'exposer à faire éclater la phalange et ouvrir l'articulation. Il préféra donc s'abstenir, et, de fait, le blessé, officier d'artillerie, après une campagne au Tonkin, porte encore aujourd'hui allègrement son projectile.

Dans le second cas, il s'agit encore d'une balle de revolver ayant pénétré dans le condyle interne du fémur. Le blessé n'a subi d'autre traitement que l'application, après

le lavage de la plaie, d'un pansement compressif sous lequel la cicatrisation s'est accomplie rapidement. Jusqu'à ce jour le projectille est resté silencieux et n'a pas déterminé le moindre accident. On serait toujours à même d'intervenir par l'incision et la trépanation, si cela devenait nécessaire, par suite du développement d'une inflammation suppurative. M. Reclus pense, jusqu'à preuve du contraire, qu'il y a toujours grand avantage, en pareil cas, à laisser la nature agir comme il lui convient.

M. Poncet répond qu'il y a une distinction à faire, suivant qu'il s'agit d'un projectile de gros calibre ou d'une balle de revolver. Celles-ci, en effet, ne provoquent très souvenir, dans les tissus, aucun accident. M. Poncet a eu l'occasion d'observer un Arabe qui avait eu l'estomac et le cœur traversés par une balle de revolver, ce qui ne l'avait pas empêché de vivre longtemps après comme si de rien n'était. Mais quand il s'agit, comme dans le cas actuel, d'une balle de 25 grammes, il pense que l'extraction immédiate est indiquée, lorsqu'elle est possible, afin d'éviter des accidents consécutifs plus ou moins graves.

M. Léon Le Fort est également d'avis que, lorsqu'il s'agit de projectiles un peu volumineux, il convient d'intervenir immédiatement; c'est, en somme, un corps étranger dont il faut débarrasser l'organisme. Mais quand le projectile est de petit volume, comme des balles de revolver de 7 millimètres, par exemple, tout le monde sait que de pareils projectiles peuvent pénétrer dans les tissus, et même traverser le cœur, sans déterminer d'accidents graves. — A. T.

COURRIER

L'Académie des sciences a procédé dans sa séance du lundi 12 décembre 1887, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'économie rurale, en remplacement de M. Boussingault, décédé. Le nombre des votants a été 60. Trois tours de scrutin ont été nécessaires :

1er *tour* : M. Chambrelent, 18 voix; M. Dehayrain, 17 voix ; M. Duclaux, 14; M. Aimé Girard, 11.

2e *tour*: M. Dehayrain, 20 voix ; M. Chambrelent, 19; M. Duclaux, 14; M. Aimé Girard, 6.

3e *tour* (ballottage) : M. Dehayrain, 34 voix; M. Chambrelent, 25 voix; bulletin blanc, 1.

M. Dehayrain, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, est proclamé élu.

Mutations dans les hôpitaux (Chirurgiens). — M. B. Anger quitte Lariboisière pour Beaujon ; M. Marchand, Saint-Antoine pour Lariboisière ; M. Peyrot, Tenon pour Saint-Antoine ; M. Reclus, Bicêtre pour Tenon ; M. Richelot devient chirurgien de Bicêtre.

— La Faculté de médecine de Paris a décerné les récompenses suivantes aux auteurs des thèses subies pendant l'année scolaire 1886-1887, ci-dessous désignés :

1° *Médailles d'argent*. — MM. Pignol, Malaingre, Roger, Berthod, Marfan, Hallé, Berbez, Caravias, Boiffin ;

2° *Médailles de bronze*. — MM. Clado, Vrain, Véteau, Florand, Delattre, Gilly, Bachelier, Langlois, Loyé, Drouet, Jocqs, Gouvy, Muller, Schnell, Lubet-Barbon, Gaud; Hartmann, Mérigot de Treigny et Sanchez Toledo; Braine, Villard, Toupet ;

3° *Mentions honorables*. — Lallemand, Boutier, Condoléon, Petit, Paterne, Lowenthal, Lancry, Berton, Panel, Nicolétis, Vallin, Zynowieff, d'Olsnitz, Crivelli, Gonzalès, Bataille, Laurent, Achard, Dubief, Véraguth, Le Roy, Prioleau, Vanhaeke, Métaxas, Bradley, Calaman, Weber, Blaise, Barnard, Magnin, Bonnet, Farina, Guilbaud.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Foville, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, et de M. le docteur Mairet, médecin-major au 108e de ligne, qui vient de succomber aux suites d'un accident de voiture, à Bergerac.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Traumatisme réveillant une syphilis ignorée

Par MM. Combemale et Fédou

Internes à l'Asile d'aliénés de Montpellier (service de M. Mairet, médecin en chef).

Nous avons eu l'occasion de voir et de suivre de longs mois à l'Asile des aliénés de Montpellier, une malade dont l'observation rappelle en tous points celles que M. le professeur Verneuil publiait récemment dans l'*Union médicale* sur les rapports de la syphilis et du traumatisme.

Elle est en effet une preuve de plus de l'influence du traumatisme sur le réveil ou l'apparition de la syphilis. Mais un autre intérêt s'attache encore à cette observation; elle apporte un nouveau fait probant dans la question encore à l'étude des syphilis ignorées.

Mlle C..., Françoise, est une épileptique, à l'Asile depuis le mois de juillet 1876. Sa mère était une épileptique, dont les attaques convulsives dataient d'avant la naissance de Françoise et qui mourut dans une attaque. Chez la malade, les attaques convulsives ont apparu à 5 ans, sont devenues plus fréquentes à la puberté et se produisaient dans le courant de sa vie génitale à chaque période menstruelle; depuis la ménopause, elles surviennent sans époque précise. En outre, le seul des enfants de cette malade qui ait vécu a été atteint d'épilepsie dès son jeune âge. Cette épilepsie est donc une épilepsie essentielle, vraie, résultant d'une transmission héréditaire directe et non le fait de quelque dégénérescence ou de quelque diathèse.

Mlle C... est une fille prostituée, et en cette qualité elle a vécu pendant douze ans dans les maisons de tolérance où elle a vu de nombreuses maladies vénériennes et a appris à les connaître. Très sincère dans les divers interrogatoires que nous lui faisons subir, et assez intelligente pour y répondre avec précision, elle nous raconte toujours les mêmes faits relatifs à sa névrose et à la possibilité de son infection syphilitique. Elle nie toute contamination : elle n'a jamais eu de chancre induré, jamais d'éruption sur le corps, jamais de plaque muqueuse, jamais d'alopécie, jamais de céphalée; en un mot, cette malade n'a jamais rien ressenti, rien observé qui pût faire penser à la syphilis. L'examen direct ne nous a du reste jamais rien révélé de syphilitique en elle.

Le 28 septembre 1886, Mlle C... reçoit au haut de la cuisse droite un violent coup de pied d'une autre épileptique agitée. Il se fait en quelques heures un épanchement sanguin sous-cutané de la grandeur de la paume de la main, qui au bout de quelques jours se collecte en un abcès fluctuant; nous donnons issue par deux fois, à quinze jours de distance, à une grande cuillerée de pus lié, de bon aspect. Le pansement est fait régulièrement, avec la poudre de quinquina, après des lavages à l'eau phéniquée. Mais il ne se produit pas d'amélioration : la peau se sphacèle au centre; la plaie est atone, s'étend en surface; ses bords sont enflammés, déchiquetés, durs à la pression, douloureux; il se fait quelques petites fusées de pus en tous sens. La poudre de Lucas-Championnière est substituée au quinquina. On doit bientôt débrider la peau pour poursuivre les trajets fistuleux sous-cutanés; on touche au nitrate d'argent. Rien n'y fait; la plaie n'a pas meilleur aspect, elle garde ses allures serpigineuses, presque phagédéniques; elle est devenue un ulcère excessivement douloureux pour la malade, qui maigrit, mange peu, ne dort pas, est devenue d'une irritabilité extrême. L'iodoforme ne change absolument rien aux caractères malins de l'ulcération, ne provoque même pas de tendance à la cicatrisation.

Il y avait trois mois qu'on soignait ainsi cet ulcère, lorsqu'on remplace l'iodoforme par la pommade au précipité rouge. En quelques jours, le centre de la plaie tend à se cicatricer, mais les bords s'élargissent toujours, malgré les débridements multiples que l'on doit faire pour panser à ciel ouvert. Au mois de mars, en présence d'une plaie à caractères si spéciaux par son aspect et sa résistance à tous les agents cicatrisants, M. Mairet se demande si, malgré les dénégations de la malade, malgré l'absence de tout autre symptôme, on n'est pas en présence d'une syphilis ignorée. Il prescrit alors la pommade au calomel, et sous l'influence de ce pansement la partie médiane de la plaie se cicatrise complètement, divisant ainsi en deux parties inégales et irrégulières la totalité de l'ulcère; mais les bords de l'ulcère restent sinueux, tendus, luisants, durs et très douloureux, malgré un badigeonnage avec la cocaïne au 1/20e.

L'amélioration était donc incomplète, mais certaine; aussi, de plus en plus convaincu qu'il a affaire dans ce cas à la syphilis, M. Mairet, en même temps qu'il continue le pansement avec la pommade au calomel, institue un traitement antisyphilitique interne par l'iodure de potassium et le sublimé.

L'iodure est porté rapidement jusqu'à la dose de 6 grammes par jour, le sublimé jusqu'à celle de 3 centigrammes et cette dose est maintenue jusqu'au 22 mai. Dès les premiers jours de ce traitement, les douleurs diminuent, la plaie cesse de s'étendre, commence à bourgeonner et la zone inflammatoire disparaît progressivement. Bientôt, la malade peut marcher, elle redevient gaie et nous dit que, « depuis qu'elle prend des flacons, elle sent tous les jours que cela s'arrange. »

Le 22 mai, la cicatrisation est complète, et alors on diminue progressivement le sublimé et l'iodure, qui sont définitivement suspendus le 3 juin 1887.

Actuellement, c'est-à-dire six mois et demi après la guérison, on note à la partie supéro-externe de la cuisse, un peu au-dessous du grand trochanter, une cicatrice irrégulière, étoilée, à branches multiples, de couleur livide, déprimée en son centre, un peu douloureuse encore à la pression. L'état général est revenu bon comme avant le traumatisme.

La malade nie toujours avoir eu la vérole.

En résumé, chez une prostituée, connaissant la syphilis pour l'avoir vue de près, mais qui nie l'avoir contractée et cela avec une entière bonne foi, et qui ne présente aucun stigmate syphilitique ni récent ni ancien, se produit sous l'influence d'un traumatisme banal un abcès suivi d'une ulcération, qui, par son aspect extérieur, sa résistance à tout traitement pendant plus de trois mois, fait penser à l'existence d'une syphilis ignorée. Un traitement antisyphilitique interne et externe est institué et sous son influence bientôt tout rentre dans l'ordre.

Comme nous le disions au début, cette observation nous paraît donc présenter un double intérêt; elle démontre :

1° Que la syphilis peut passer inaperçue dans ses divers accidents primitifs ou secondaires, même chez des personnes qui connaissent ses effets habituels.

2° Qu'un traumatisme peut éveiller cette syphilis jusque là ignoré; par suite, cette observation apporte un nouvel appui à la manière de voir de M. Verneuil sur les rapports entre le traumatisme et la syphilis.

Service de santé militaire: son recrutement et son organisation,

Par le docteur P. Bouloumié (1).

Le décret de réorganisation du Val-de-Grâce qui venait de paraître ayant fait l'objet spécial de mon premier article, je n'ai dit que quelques mots des divers modes

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er décembre 1887.

de recrutement et d'instruction des médecins militaires; cette question est pourtant assez importante pour être étudiée de plus près; je la reprends.

Trois systèmes peuvent être mis en présence et en parallèle; ils ont été essayés tous les trois pendant assez longtemps pour être jugés par les résultats qu'ils ont donnés.

Antérieurement à 1856, époque de la création de l'Ecole de Strasbourg, les étudiants en médecine qui se destinaient à la carrière militaire étaient envoyés, lorsqu'ils avaient un certain nombre (variable) d'inscriptions, dans les hôpitaux militaires dits hôpitaux d'instruction de Metz, de Lille ou de Strasbourg, qui étaient considérés comme Ecoles. Après un temps variant avec le nombre des inscriptions déjà prises, ils étaient admis au concours pour le grade de médecin sous-aide-major, sous-aide par abréviation; comme tels, il venaient successivement au Val-de-Grâce pour s'y préparer à obtenir le titre universitaire de docteur en médecine et le grade militaire d'aide-major de 2e classe. Souvent les sous-aides étaient retenus, parfois même pendant très longtemps, par les nécessités du service militaire, loin des Facultés, et ils n'arrivaient ainsi que très tardivement au doctorat et au grade d'aide-major. Leurs études théoriques, interrompues trop souvent ou trop longtemps, restaient incomplètes ou insuffisantes dans bien des cas et leur carrière se trouvait ainsi compromise dès le début.

De 1856 à 1870, le recrutement s'est fait par l'Ecole du service de santé militaire instituée près la Faculté de Strasbourg. On y entrait par concours; au début, avec 12, 8 ou 4 inscriptions; plus tard, sans inscriptions. La durée des études était de quatre ans pour les élèves entrés sans inscriptions. Les examens dits de fin d'année étaient passés à Pâques. Un examen de doctorat était passé à la fin de chaque année scolaire. A la fin de la quatrième année, en sus du quatrième examen, le cinquième était passé et la thèse était soutenue; cette dernière série d'épreuves pouvait être subie seulement au commencement de la cinquième année scolaire. De là, l'élève du service de santé militaire, devenu docteur et nommé immédiatement médecin stagiaire, se rendait au Val-de-Grâce, où, pendant une année, il augmentait son instruction théorique et pratique et la complétait par l'étude des questions spéciales à la médecine militaire.

A la sortie du Val-de-Grâce, pourvu du grade de médecin aide-major de 2e classe, le jeune médecin militaire était désigné pour remplir pendant deux ans, dans les hôpitaux militaires en France ou en Algérie, les fonctions de son grade, véritables fonctions d'interne, qui se prolongeaient le plus souvent pendant toute la durée de cette sorte de stage hospitalier. De cette manière, le médecin militaire arrivait seulement trois ans après sa réception au doctorat dans les régiments avec le grade d'aide-major de 1re classe qui l'appelait à l'exécution du service, concurremment avec son médecin-major. Il se trouvait ainsi bien préparé aux difficultés de la pratique médicale et présentait toutes les garanties désirables de savoir et de maturité pour reconnaître et traiter les maladies ou indispositions du soldat, et remplacer au besoin son médecin-major dans les diverses éventualités de la vie militaire.

Pendant leur séjour à l'Ecole de Strasbourg, les élèves suivaient non seulement les cours et conférences de la Faculté, mais encore des conférences spécialement instituées pour eux par les agrégés. Ils subissaient de plus, toutes les semaines, des interrogations sur les sujets traités aux cours, interrogations faites à l'Ecole ou à l'hôpital militaire au cours de répétitions données par des répétiteurs nommés au concours et spécialement attachés à l'Ecole.

Il était bien difficile, dans ces conditions, que l'élève sans cesse stimulé, et d'ailleurs constamment sous le coup de punitions et même de licenciement pour insuffisance, échec deux fois répété à un examen, mauvaise conduite, etc., ne réussît pas à acquérir en quatre ans une somme de connaissances au moins égale à celle que la bonne moyenne des étudiants acquiert en cinq ou six ans.

Au Val-de-Grâce, des concours trimestriels tenaient le stagiaire en haleine et permettaient à ses chefs de le juger définitivement, au moment du concours de sortie, capable ou incapable de faire un bon médecin militaire.

Il y avait vraiment là des garanties qu'on ne trouvait pas dans l'organisation antérieure à 1856, et qu'on ne trouve pas avec le recrutement actuel, et c'est chose d'autant plus fâcheuse que, vu le petit nombre de médecins militaires que possède notre armée,

les aides-majors de 2e classe sortant du Val-de-Grâce ne vont plus faire aujourd'hui, dans les hôpitaux, le stage de deux ans qu'y faisaient leurs prédécesseurs, mais sont, pour les besoins du service, directement envoyés dans les régiments.

Le recrutement actuel a encore un inconvénient : celui de fournir à l'armée des jeunes gens qui, leurs études faites aux frais de l'Etat, ne demandent, en très grand nombre, qu'à quitter l'armée avant même d'avoir rempli l'engagement d'honneur qu'ils ont contracté de servir dix ans, à dater de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe. N'ayant pas tous la même origine, ne s'étant pas connus pendant leurs études, n'ayant pas vécu ensemble, s'étant trouvés réunis seulement au Val-d-Grâce pendant un temps trop court, ils n'ont pas acquis cet esprit de corps qui est parfois une sauvegarde de la dignité individuelle, souvent une raison de persévérance dans la carrière embrassée, toujours une garantie de bon fonctionnement pour le corps et de solidarité entre tous ses membres. Ils n'ont pas acquis non plus ce qu'il y a d'élevé dans l'esprit militaire : le respect de la discipline, l'abnégation et le désintéressement. Ils ne savent rien de ces grandes figures du médecin d'armée qui planent glorieusement sur la médecine militaire française, lui ont valu son prestige et méritent de leur servir d'exemple.

Si des raisons budgétaires ne s'y opposent pas formellement, il faut donc en revenir au système d'une Ecole qui, mieux que tous les autres, assure à l'armée une excellente moyenne de médecins, et n'empêche nullement l'essor de ceux qui peuvent aspirer à la dépasser. Il faut seulement que cette Ecole soit instituée près d'une Faculté siégeant dans un centre assez considérable de population pour assurer de bons services de clinique, d'anatomie et de médecine opératoire. J'ajouterai que non seulement l'Ecole a les avantages que je signalais, mais qu'une Faculté qui la posséderait, assurée d'un recrutement annuel de 60 à 80 élèves s'intéresserait certainement plus à ces élèves que ne peuvent s'y intéresser les Facultés où les Ecoles de plein exercice qui les reçoivent aujourd'hui en petit nombre. Les souvenirs de Strasbourg permettent de l'affirmer, et c'est là un point d'autant plus important à considérer que, d'une part, l'Etat prenant à sa charge les frais d'études, il importe qu'ils ne soient pas inutilement exagérés; que, d'autre part, l'Etat imposant au soldat les soins du médecin militaire désigné par lui, il faut que tout médecin militaire présente des garanties sérieuses de savoir et d'expérience.

Autrefois l'aide-major promu à la 1re classe de son grade, après deux ans passés dans les hôpitaux, y revenait ayant fait dans l'intervalle un temps de service régimentaire variant de trois à cinq ans. Il y reprenait alors un service d'interne, qui parfois lui paraissait dur, il faut le reconnaître, après des années de liberté, mais dont il appréciait l'utilité. A cette époque, en effet, les médecins régimentaires de n'importe quel grade n'avaient à soigner d'autres malades que ceux de leur infirmerie; ils n'étaient pas admis à soigner ceux qu'ils dirigeaient sur les hôpitaux, qu'ils fussent civils ou militaires; il était bon, dès lors, qu'ils vinssent périodiquement se retremper dans la grande école de la pratique hospitalière.

Actuellement, après deux ans passés dans les régiments comme aides-majors de 2e classe, les médecins militaires arrivés à la 1re classe ne passent dans les hôpitaux que dans la proportion d'un tiers environ, à cause de l'insuffisance numérique des cadres et des exigences régimentaires qui vont tous les jours croissant avec l'augmentation du nombre des corps de troupe. Beaucoup, il est vrai, font, au début de leur carrière, un séjour en Algérie, pendant lequel ils se familiarisent avec la pratique de la médecine générale; car, en bien des endroits, c'est le médecin militaire qui est le seul médecin ou le médecin de l'hôpital, et, dans tous les cas, le médecin le plus recherché, et c'est lui qui soigne les femmes et les enfants aussi bien que les hommes. Il est néanmoins regrettable que tous les aides-majors de 1re classe ne viennent pas à fin de grade se remettre au travail dans les hôpitaux.

Autrefois les médecins-majors de 1re et de 2e classe, aux termes du décret du 23 mars 1852, subissaient, pour être désignés comme médecins traitants dans les établissements hospitaliers, des épreuves facultatives constatant leur aptitude, épreuves qu'on a désignées sous le nom de *concours des hôpitaux*.

Depuis 1883 (décret du 21 avril), les choses ont changé. Tous les médecins-majors de 2e classe doivent maintenant, après trois à quatre ans de grade, subir un examen pour l'obtention du *certificat d'aptitude* au grade supérieur, et tous doivent ainsi témoigner indirectement de leurs aptitudes au service hospitalier comme au service régimentaire. Les médecins militaires étant par la loi de 1877 chargés du soin de leurs malades dans les hôpitaux de garnison, il est certain que la distinction entre médecins d'hôpitaux et médecins de régiments devenait choquante, et le service hospitalier incombant à tous avec le grade de médecin-major de 2e ou de 1re classe, tous devaient prouver qu'ils étaient aptes à le remplir dignement. On pensait, de plus, en abolissant le concours des hôpitaux et obligeant les médecins-majors de 2e classe à subir l'examen d'aptitude, stimuler le zèle de tous et faire taire de vieilles rivalités qui se manifesfaient parfois encore entre les médecins des hôpitaux relevant autrefois de l'intendance et les médecins de régiments relevant du commandement. Comme conséquence de ces idées, un roulement régulier était organisé entre les médecins-majors qui passaient alternativement du service régimentaire au service hospitalier et *vice versâ*.

Cette mesure, qui pouvait être considérée comme un corollaire de la loi de 1877, est empreinte d'un vice, c'est que, si elle permet à ceux qui sont reçus à l'examen d'aptitude de passer au choix, elle n'empêche pas les autres de passer à l'ancienneté et d'arriver quand même au grade de médecin-major de 1re classe; c'est qu'elle ouvre les portes des hôpitaux à des médecins que leurs habitudes et leurs aptitudes devaient réserver uniquement au service régimentaire; de plus, elle a permis de dire qu'on a cherché à faire ainsi du nivellement par en bas (j'aimerais mieux dire par abaissement), ce qui certainement n'a pu entrer dans l'esprit de personne, mais ce qui a pu être dit, et c'est déjà trop; enfin, elle a produit du découragement chez un certain nombre de médecins militaires distingués et travailleurs. Quelques-uns se sont vus primés pour le grade par des camarades plus anciens, dont quelques-uns étaient des médecins-majors de 1re classe admis au début et par exception à l'examen et reçus plutôt en raison de leur âge, de leurs campagnes, de leurs services, que d'une valeur scientifique comparable à la leur; d'autres se sont vus replacés dans le service régimentaire et remplacés après quatre ans dans le service hospitalier qu'ils comptaient ne plus quitter par certains de leurs camarades qu'ils ne comptaient jamais y voir entrer.

Aux inconvénients d'une transformation dans le service s'est ainsi ajouté l'inconvénient, heureusement transitoire, que je signalais, résultant de questions de personnes.

Je n'y insisterais pas davantage s'il n'en existait de plus graves, parce qu'ils sont permanents. A mon sens, ils condamnent le certificat d'aptitude, comme une garantie insuffisante et qui ne peut être qu'insuffisante.

Dès que le médecin militaire est médecin-major de 2e classe, il est ou peut être chef de service, et, comme tel, il a le droit de soigner ses malades dans l'hôpital civil de sa garnison. Peut-on admettre que lorsqu'il les aura soignés pendant trois à quatre ans, il soit reconnu insuffisant à l'occasion de son examen? Je sais bien que c'est un examen d'aptitude au grade supérieur qu'il subit, et que c'est seulement pour déterminer son classement au choix qu'il le subit; mais, quoi qu'on fasse et qu'on dise, il sera toujours considéré, par cela même qu'il s'agit de médecins, comme un certificat d'aptitude professionnelle.

Comment dès lors refuser un candidat? La responsabilité de l'Etat, celle du corps de santé semblent s'y opposer. Quelle situation d'ailleurs est celle du médecin militaire rentrant dans sa salle après cet échec? On peut dignement échouer dans un concours, on n'admet guère l'échec dans cet examen, surtout avec sa dénomination d'examen d'aptitude. L'examen d'aptitude ne saurait, pour ces motifs, atteindre son but, le relèvement du niveau général de l'instruction des médecins militaires; il a d'ailleurs un inconvénient grave, c'est que, s'il ouvre la porte à l'avancement du plus grand nombre, il n'empêche pas celui des candidats reconnus insuffisants; il est, dès lors, à peu près inutile au point de vue de la sélection. Les garanties qu'il pourrait donner sont d'ailleurs rendues illusoires par le fonctionnement de jurys régionaux, les résultats ne pouvant être comparables. Le nombre des concurrents est, en effet, très variable sui-

vant les corps d'armée, et le n° 5 de tel d'entre eux peut valoir mieux que le n° 1 de tel autre.

Un jury unique siégeant à Paris ou se transportant de chef-lieu en chef-lieu de corps d'armée, pourrait, il est vrai, remédier à cet inconvénient, mais outre que ce système occasionnerait des dépenses assez considérables, il n'obvierait pas à celui que je signalais en premier lieu.

Deux solutions se présentent qui me paraissent plus conformes aux intérêts de l'armée et du médecin; je les étudierai dans un prochain article.

(A suivre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1887. — Présidence de M. SAPPEY.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. le docteur Jeannel (de Toulouse) et de M. le docteur Jablonski (de Poitiers), pour le titre de correspondant national; de M. le baron de Saboïa, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro, pour le titre de correspondant étranger.

2° Une observation de psoïte suppurée d'origine palustre, par M. le docteur Huguenard, médecin-major au 6e hussard, à Bordeaux. (Comm. des épidémies.)

3° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Donatien Labbé, sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Accepté.)

4° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Baij. (Accepté.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre, annonçant à l'Académie la mort de M. Bernutz, l'un de ses membres titulaires.

Sur l'invitation de M. LE PRÉSIDENT, M. FÉRÉOL lit une notice élogieuse sur la vie et les travaux de M. Bernutz. (Applaudissements.)

M. PROUST dépose, au nom de M. le docteur Roger, un travail intitulé : *La diphthérie au Havre, sa dissémination, ses causes, moyens de les combattre.*

M. J. CHATIN présente un ouvrage intitulé : *L'homme suivant le transformisme,* par M. Arthur Vianna (de Lima).

M. CORNIL présente, de la part de MM. Spilmann et Hanshalter, un travail *sur la dissémination du bacille de la tuberculose par les mouches.*

M. DUJARDIN-BEAUMETZ offre en hommage le 17e fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique.*

M. BROUARDEL présente en son nom et au nom de son collaborateur, M. Paul Loye, le résumé des expériences qu'ils ont entreprises, il y a deux ans, sur le rôle physiologique de l'antipyrine et dont les résultats ont été communiqués à la Société de biologie.

Il résulte de ces expériences que l'antipyrine a une triple action : 1° antifermentescible, 2° antigerminative, 3° antiputride.

— M. OLLIVIER offre en hommage le *Rapport sur la rage des enfants,* qu'il a présenté au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

— M. DESMONS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, lit une note sur l'extirpation du larynx.

L'auteur a pratiqué deux fois l'extirpation du larynx pour des tumeurs épithéliales. Dans un premier cas, en mai 1887, il a enlevé seulement une portion de cet organe. — Dans le second cas, le 7 juin 1887, il a pratiqué l'ablation complète. Les deux malades sont actuellement dans un état satisfaisant.

— M. le docteur Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille, lit une *Contribution à l'étude de la herniotomie chez le nouveau-né*. A propos de son opéré, âgé de 33 jours, l'un des trois plus jeunes parmi les observations publiées, il étudie les suites que peut avoir l'opération sur le testicule. Déjà Guyon et Féré avaient constaté, au cours d'une kélotomie infantile, une hématocèle funiculo-épididymaire diffuse. Quoique rien de pareil n'eût été observé par M. Folet durant son opération, laquelle fut des plus aisées et des plus heureuses, il s'ensuivit une atrophie complète du testicule. Huit mois plus tard, cet organe n'était plus représenté que par un petit noyau du volume d'un gros pois. Cette conséquence lointaine de la herniotomie chez l'enfant, résultat probable de la compression des vaisseaux funiculaires par la cicatrice opératoire, est importante à connaître et méritait d'être signalée.

— M. le Président déclare une vacance dans la section de physique et de chimie.

L'Académie procède par la voie du scrutin au renouvellement annuel du bureau.

M. Maurice Perrin est élu *vice-président* par 62 voix sur 63 votants. Une voix est donnée à M. Tarnier.

La proclamation du nom de M. Maurice Perrin, élu à l'unanimité, est accueillie par des applaudissements non moins unanimes.

M. Maurice Perrin remercie l'Académie par quelques mots également soulignés par de nombreux applaudissements.

M. Proust est prorogé, par acclamation, dans les fonctions de secrétaire annuel.

Sont élus membres du conseil : M. Charcot par 64 voix, M. Panas par 56.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la contagion de la pelade.

M. Hardy s'attache à combattre les arguments invoqués par M. Ollivier dans l'une des dernières séances sur la non-contagiosité de la pelade. Il termine en demandant le maintien du règlement actuel qui prescrit un examen fréquent et minuteux des têtes des enfants et le renvoi dans leurs familles des sujet reconnus atteints de pelade.

M. Hardy rend justice aux efforts de M. Ollivier en faveur des malheureux peladeux qu'il a faits ses clients; il a raison de les plaindre, car la maladie dont ils sont atteints, pour n'être pas grave absolument, n'en est pas moins très pénible; elle donne à ceux qui en sont affectés une tête ridicule et grotesque; elle est souvent de longue durée, elle peut se généraliser et se terminer par une alopécie irrémédiable. Et c'est précisément à cause de ces inconvénients graves qu'il faut insister sur les mesures susceptibles d'entraver la propagation de l'affection. Aussi, tout en s'associant aux sentiments de commisération exprimés par M. Ollivier en faveur des peladeux, M. Hardy demande qu'on les isole comme dangereux. Ils pourront souffrir de cette interruption dans leurs études, M. Hardy le reconnaît, mais, en fait d'hygiène publique, l'intérêt général doit l'emporter sur l'intérêt particulier. M. Olliver demande que l'Académie se prononce sur cette question de la nature de la pelade et sur sa faculté de contagion, M. Hardy le demande également; la décision de l'Académie deviendra une règle qui guidera les médecins embarrassés aujourd'hui au milieu d'opinions contradictoires. (Applaudissements.)

M. Ollivier a écouté avec le plus grand intérêt la communication de M. Hardy. Sans nier d'une manière absolue la contagion de la pelade, son expérience personnelle lui permet d'affirmer que la contagiosité de cette maladie doit être extrêmement restreinte. Un grand nombre d'enfants, atteints de pelade, ont été maintenus, sur son conseil, dans les lycées où ils étaient élèves, et ces enfants manifestement peladeux n'ont communiqué la maladie à personne. M. Hardy, qui est partisan de la contagion, pourrait-il dire dans quelle proportion la pelade est contagieuse?

M. Hardy : Je n'ai pas compté, mais j'en ai vu assez pour avoir acquis la conviction que la pelade est contagieuse.

M. Ollivier demande que l'Académie veuille bien nommer une commission d'enquête qui étudiera la question et fera un rapport. En attendant ce rapport, M. Ollivier croit

pouvoir en toute conscience autoriser l'admission des peladeux dans les lycées en les soumettant à de simples précautions.

M. Besnier demande à M. Ollivier de vouloir bien faire suivre son mémoire de conclusions fermes sur lesquelles pourra se baser la discussion qui devra se poursuivre ultérieurement devant l'Académie.

M. Ollivier désirerait qu'auparavant l'Académie se prononçât sur la question capitale de la contagion ou de la non-contagion de la pelade.

M. Féréol a observé un enfant chez lequel un dermatologiste des plus distingués avait diagnostiqué l'existence de la pelade, et qui cependant, admis en libre pratique, n'a donné la maladie à aucun de ses camarades. Il y aurait donc une pelade non-contagieuse.

M. Hardy croit que la pelade est contagieuse, sans avoir une contagiosité égale à celle de la gale, par exemple. S'il existe deux espèces de pelade, elles sont tellement semblables par leurs caractères qu'il est prudent de les confondre dans la même réprobation.

M. Bucquoy renouvelle à son collègue la demande qui lui a été déjà faite par M. Besnier, de poser des conclusions sur lesquelles un débat pourra ensuite s'ouvrir devant l'Académie.

MM. Larrey, Léon Le Fort et Bergeron appuient la proposition de M. Besnier et engagent M. Ollivier à présenter des conclusions qui serviront de base à la discussion.

M. Ollivier promet de présenter ces conclusions dès mardi prochain.

M. Planchon, au nom de la commission des eaux minérales, lit plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Novembre 1887.

Des complications oculaires de la rougeole et de leur traitement, par le docteur A. Trousseau. — Parmi les fièvres éruptives, la rougeole est celle qui amène le plus souvent des complications du côté de l'organe visuel. C'est l'œil externe qui devient malade, et il est exceptionnel que les membranes profondes soient touchées.

Au moment de l'invasion, la conjonctive seule est frappée, comme les autres muqueuses, et il existe une conjonctivite simple, quelquefois catarrhale. A cette période, les paupières et la cornée sont rarement prises.

Pendant le cours de la maladie, la conjonctivite peut s'éterniser, parfois l'écoulement devient purulent, le gonflement des paupières s'exagère et la cornée peut s'altérer, Quelquefois on observe la conjonctivite phlycténulaire, la blépharite érythémateuse, l'abcès ou l'ulcère de la cornée.

Les complications oculaires sont surtout fréquentes dans le cours de la convalescence, et ce qu'on observe dans la majorité des cas est la production de phlyctènes qui peuvent se montrer aussi sur la cornée.

Il peut survenir de la conjonctivite diphthéritique fort grave, des conjonctivites pseudomembraneuses, des blépharites eczémateuses rebelles et tenaces; les voies lacrymales sont aussi atteintes, enfin la kératite phlycténulaire existe très souvent.

Une violente photophobie doit toujours faire examiner la cornée.

Même après la complète guérison, la rougeole favorise les maladies de l'œil et leurs récidives.

On traitera les conjonctivites purulentes et catarrhales par des compresses froides trempées dans la solution boriquée à 4 p. 100, et, dans la première, on aura de plus recours à des cautérisations par la solution de nitrate d'argent à 2 p. 100; la pommade à l'oxyde jaune sera employée contre la conjonctivite phlycténulaire, celle à l'oxyde de

zinc ou au précipité rouge contre la blépharite. Un collyre au salicylate d'ésérine sera nécessaire dans la kératite.

Calcul volumineux de l'urèthre. Extraction par les voies naturelles, par le docteur L. MONNIER. — Cette observation est remarquable à cause du volume du calcul, de sa situation en avant, d'un rétrécissement et du curieux phénomène du déplacement du calcul lors de la miction qui pourrait faire croire qu'il entrait dans la vessie. La pince Mathieu a été très utile, et, pour un calcul de cette taille, semble supérieure à la curette articulée de Leroy (d'Etiolles) et à la pince de Hunter.

Epithélioma de la langue et du voile du palais. Résection du maxillaire. Ligature de la linguale. Trachéotomie préventive. Mort par accident pulmonaire, par le docteur LE BEC. — L'année dernière, à la Société de chirurgie, M. Ch. Monod avait fait observer que l'air passant par la bouche à la suite des graves opérations pratiquées sur les premières voies exposait le malade à une pneumonie septique; il conseilla la trachéotomie préventive. On fit observer que l'air froid passant par la canule pouvait donner lieu à des accidents pulmonaires mortels, et l'observation de M. Le Bec en est une preuve. Son opéré allant bien, sans fièvre, mourut de cette façon le sixième jour après l'intervention.

M. RICHARDIÈRE cite un cas de paralysie labio glosso-laryngée. Le début brusque de la maladie a été causé par l'oblitération des artères bulbaires.

M. le docteur AUGÉ communique une observation d'angine diphthéritique au début d'une scarlatine suivie de paralysie du voile du palais et de mort subite au début de la convalescence. Cette mort subite a d'autant plus surpris le docteur Augé, qu'il n'avait trouvé chez son malade aucun signe de lésion du cœur. Dans la *Revue des maladies de l'enfance*, le docteur Suss a publié un mémoire sur la paralysie diphtéritique du pneumogastrique. Il signale des accidents cardio-pulmonaires souvent observés à la suite de la paralysie du voile. Ils sont annoncés par des symptômes caractéristiques qui ont manqué. L'hypothèse d'une paralysie bulbaire étant éliminée, on peut admettre que la mort subite est due à un spasme de la glotte ou à une syncope cardiaque.

Sur un cas de stomatite ulcéro-membraneuse, par M. le docteur DESCROIZILLES. — Le fait, très banal, si on se place uniquement au point de vue des lésions buccales et de la médication adoptée, est remarquable, comme du reste un certain nombre d'exemples de la même maladie, par son évolution très simple et très rapide sous le rapport des symptômes locaux, à partir du moment où le traitement a été appliqué, tandis qu'elle restait lente et indécise relativement à l'état général. Bouchut et d'autres observateurs ont pensé que la stomatite ulcéro-membraneuse pouvait mettre en évidence certains états strumeux, latents jusqu'alors, ou favoriser, chez des sujets atteints jusqu'alors de scrofulides légères, l'apparition de manifestations plus sérieuses de scrofule. L'observation actuelle paraît donner raison à cette opinion que M. Descroizilles croit depuis longtemps fondée.

Le chlorate de potasse a suffi pour obtenir une prompte disparition des néoplasmes et la cicatrisation totale des ulcères. L'efficacité de ce médicament ne saurait être mise en doute par personne, mais son effet reste souvent incomplet. Souvent on a dû avoir recours au nitrate d'argent ou bien se servir du chlorate de potasse ou du borax. M. Descroizilles croit enfin que l'on est autorisé à user de l'iodoforme dans la stomatite ulcéro-membraneuse. — P. C.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 15 NOVEMBRE AU 15 DÉCEMBRE 1887

Mercredi 16 novembre. — M. Roullaud : Quelques faits de paralysie des nouveau-nés. (Président, M. Damaschino.) — M. Guertin : De la pellagre symptomatique. (Président, M. Damaschino.) — M. Maschat : Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes de la tuberculose. (Président, M Lannelongue.)

Jeudi 24. — M. Corneille Saint-Marc : Du traitement de quelques hémorrhagies par l'eau distillée de goudron. (Président, M. Peter.) — M. Joliot : De l'entorse radio-carpienne. (Président, M. Duplay.) — M. Esprit : De la non-intervention primitive dans les plaies pénétrantes du crâne par balles de petit calibre. (Président, M. Le Fort.) — M. Lota : Deux ans entre le Sénégal et le Niger. — Contribution à la géographie médicale du Soudan. (Président, M. Laboulbène.)

Mercredi 30. — M. Cambours : De la cystite primitive idiopathique. (Président, M. Trélat.) — M. Deumié : Contribution à l'étude des réitérations de la fièvre typhoïde. (Président, M. Potain.)

Vendredi 2 décembre. — M. de Malherbe : Des avantages de la laparotomie pour l'ouverture de certains abcès profonds du bassin. (Président, M. Lannelongue.) — M. Lyon : Essai sur les rétrécissements du vagin, congénitaux et acquis. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 3. — M. Provendier : De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie. (Président, M. Duplay.) — M. Roger : Contribution à l'etude de la diphthérie. — La diphthérie au Havre ; sa dissémination ; ses causes ; moyens de les combattre. (Président : M. Proust.)

Mercredi 7. — M. Fourberi : Variations passagères de volume du cœur. (Président, M. Potain.) — M. Bex : Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 8. — M. Delbecq : Des fractures simples des os du carpe. (Président, M. L. Le Fort.) — M. Malpas : Contributions à l'étude clinique des tumeurs de l'orbite. (Président, M. Panas.

Mercredi 14. — M. Thierry : La saignée dans les affections organiques du cœur et de l'aorte. (Président, M. Potain.) — M. Leflaive : Rhino-bronchite annuelle. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 15. — M. Aubry : La contagion du meurtre. (Etude d'anthropologie criminelle.) (Président, M. Brouardel.) — M. Rousselin : Des corps mobiles articulaires. (Président, M. Richet.) — M. Dabiex : De l'action de l'acide sulfureux en inhalations et en injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose. (Président, M Jaccoud.) — M. Macage : Sympathique des oiseaux. (Président, M. Mathias Duval.) — M. Hoffmann : Contribution à l'étude de l'othématome (Président, M. G. Sée.) — M. Ygnatoff : L'antipyrine dans douleurs cardiaques. (Président, M. G. Sée.) — M. Para : De l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. (Président, M. Bouchard.) — M. Mourret : Contribution à l'étude de la tuberculose. (Président, M. Cornil.)

FORMULAIRE

Glycérolé contre les taches pigmentaires cutanées. — Unna.

Oxyde de bismuth	ãã	2 grammes.
Amidon de riz		
Kaolin		4 —
Glycérolé simple		10 —
Hydrolat de roses		q. s.

F. s. a. On étend ce mélange, à l'aide d'un pinceau, sur la peau envahie par les taches pigmentaires, et on le laisse sécher. On lave soigneusement avant de faire une nouvelle application. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nominations. — Le docteur Pagliani est nommé professeur ordinaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Turin.

— Le docteur Gærtner est proposé par le Collège des professeurs pour la chaire de pathologie générale et spéciale à la Faculté de médecine de Vienne.

— Le professeur Braun d'Iéna sera proposé pour remplacer le professeur Roser (chirurgie) à l'Université de Marbourg.

Le professeur Stukowenkow est nommé à l'Université de Kiew.

Nécrologie. — Le docteur Arthur Christiani, professeur à l'Institut de physiologie de Berlin, est mort le 1er décembre dernier.

— Vient de mourir également Sir Wiliam Smart, inspecteur général des hôpitaux de la marine anglaise.

— A Archangel, tout à fait au nord de la mer Blanche, existe depuis quelque vingt années une Société de médecins qui compte aujonrd'hui 28 membres, dont 12 résident à Archangel même. Le compte rendu des séances de cette Société, volume paru récemment, contient entre autres documents intéressants, une statistique de la mortalité et de la morbidité d'Archangel; propriétés thérapeutiques d'une source sulfureuse de la ville; un travail du président docteur Kosmovski sur la bactériologie, etc.

Choléra. — *Italie.* — Une circulaire du préfet en date du 15 novembre annonce officiellement la disparition du choléra à Messine.

A *Bombay*, 3 décès cholériques dans la première semaine de novembre.

A *Shanghaï*, du 19 août au 12 octobre, 23 cholériques ont été admis à l'hôpital, 14 succombèrent. — Ch. S.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en métal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Ecole de médecine d'Amiens. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole :

Médecine. — Première année : médaille d'argent, M. Caron; mention honorable, M. Delabarre. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Deneuville. — Troisième année : médaille d'argent, M. Boury; mention honorable, M. Patin.

Prix des hospices. — 1er prix. M. Léger; 2e prix, M. Hurtrel; 3e prix, M. Deneuville.

Pharmacie. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Bocquet. — Travaux pratiques. — Première année : médaille d'argent, M. Leprêtre. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Roussel; mention honorable, M. Bocquet.

Sages-femmes. — Médaille d'argent, Mme Bulot.

Ecole du Val-de-Grace. — Par décision ministérielle, en date du 29 novembre 1887, M. le docteur Duponchel, médecin-major de deuxième classe, a été nommé professeur agrégé de législation, d'administration et de service de santé militaire.

Chaire de pathologie comparée et expérimentale. — L'ordre du jour du Conseil de la Faculté appelait, après le rapport de la commission des thèses, la question du maintien ou de la transformation de la chaire de pathologie comparée et expérimentale laissée vacante par la mort de M. Vulpian. Cette question de maintien ou de transformation se se présente, du reste, règlementairement, chaque fois qu'une chaire devient vacante, devant le Conseil de la Faculté, dont l'avis est ensuite soumis au Conseil général des Facultés.

Le Conseil de la Faculté a décidé, à l'unanimité, le maintien de la chaire qu'occupait M. Vulpian, et sous le même titre. Quand le Conseil général des Facultés aura donné son avis, la vacance sera déclarée et la présentation des candidats aura lieu dans les délais réglementaires. Il est donc très probable que le nouveau titulaire sera désigné

dans le courant de février seulement. On sait, du reste, que le cours de pathologie expérimentale et comparée n'a lieu qu'en été.

Surveillance de nuit. — Le doyen de la Faculté, à la suite de l'incendie qui a détruit en partie le laboratoire de M. le professeur Charles Richet, à l'ancienne Ecole pratique, a obtenu pour la Faculté et ses différents laboratoires, un gardien de nuit.

Chauffage et éclairage de la Faculté. — Le Conseil de la Faculté s'est occupé de la question du chauffage et de l'éclairage des nouveaux laboratoires dont l'étendue considérable entraînera des dépenses beaucoup plus grandes que jadis. La solution à adopter est subordonnée au rapport que doit présenter sur ce sujet M. le professeur Gariel.

Laïcisation de l'hôpital de la Charité. — Dans sa séance du 8 décembre, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a émis un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital de la Charité. En conséquence de ce vote, les religieuses de cet hôpital seront remplacées par des laïques au plus tard à la fin de janvier 1888. Il ne restera donc plus à laïciser que Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu.

Souscription pour une médaille en souvenir de M. le professeur Gosselin. — Quelques-uns des anciens élèves et des amis de M. le professeur Gosselin ont résolu de faire reproduire ses traits sur une plaquette en bronze dont l'exécution a été confiée à un éminent artiste, M. O. Rotty, statuaire médailliste, l'auteur de la médaille commémorative du centenaire de M. Chevreul.

A cet effet, vient de s'ouvrir une souscription à laquelle sont invités à prendre part tous ceux qui ont connu le professeur Gosselin et qui désirent, en donnant un témoignage de respect et d'affection à sa mémoire, conserver de lui un souvenir durable. Un comité dont font partie MM. Tillaux, Lannelongue, Périer, Berger, s'est chargé de recueillir les adhésions à cette souscription. — Le montant de la cotisation est de 20 francs.

Chaque souscripteur recevra un exemplaire de la plaquette en bronze dans un écrin.

La souscription sera définitivement close le 25 décembre 1887.

Les personnes qui, par suite d'une omission ou d'une erreur, n'auraient pas reçu de lettre d'avis personnelle, sont priées d'envoyer leur adhésion, avant cette date, à M. le docteur Berger, 4, rue du Bac, à Paris.

— La Société d'anthropologie de Paris vient de renouveler son bureau de la manière suivante pour l'année 1888. Président : M. Pozzi. — Premier vice-président : M. Mathias-Duval. — Deuxième vice-président : M. Hovelacque. — Secrétaire général : M. Letourneau. — Secrétaire-adjoint : M. Hervé. — Secrétaires des séances : MM. Fauvelle et Adrien de Mortillet. — Archiviste-bibliothécaire : M. Dally. — Conservateur du Musée : M. Chudzinski. — Trésorier : M. F. de Ranse.

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 décembre 1887. — *Ordre du jour* : 1. Remise du prix Duparcque. — 2. M. Desnos : Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la vessie (sans sonde). — 3. M. Luc : Tuberculose laryngée guérie par par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme. — 4. M. Bergeron : Quelques mots sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans la tuberculose. — 5. M. Dehenne : Note sur le traitement de l'ectropion. — 6. Discussion sur le diabète (suite). — 7. Vote sur la candidature à l'honorariat de M. le docteur Ant. Martin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

MM. Cornil et Chantemesse viennent de décrire une nouvelle maladie qui fait de grands ravages dans la race porcine; on l'avait jusqu'alors confondue avec celle qui est connue sous le nom de *rouget du porc*, mais elle s'en distingue par plusieurs caractères importants, en particulier par ce fait que les efforts tentés contre elle par le vaccin du rouget ont été infructueux.

Cette maladie se manifeste avec tous les phénomènes des maladies infectieuses et se termine par une péripneumonie fibrineuse; elle est contagieuse et presque toujours mortelle. On l'a surtout observée sur les porcs de Gentilly, et la cause première et la plus active de l'affection est le séjour de ces animaux au marché de la Villette, où ils affluent de tous les pays. Tels sont les premiers résultats communiqués à l'Académie des sciences, et qui seront suivis par d'autres, sur les propriétés biologiques du virus, dont le microbe a été étudié et cultivé au laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine, sur ses réactions vis-à-vis des antiseptiques, de l'oxygène, de la chaleur, sur les virus atténués qui ont été produits, etc.

La pathogénie de l'urticaire consécutive à la ponction ou à la rupture des kystes hydatiques a été l'objet d'une intéressante communication de M. Debove dans la même séance de l'Académie des sciences; à l'aide d'injections de liquide hydatique dans le tissu cellulaire sous-cutané, M. Debove a démontré que cette éruption était causée par la pénétration de ce liquide dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine, et que, si on ne l'observe pas

FEUILLETON

CAUSERIE BIBLIOGRAPHIQUE.

***Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, par M. le docteur Paul Reclus. Paris, G. Masson, 1888.**

Appelé à suppléer M. le professeur Richet pendant l'année 1886-87, M. Reclus a voulu utiliser de son mieux les nombreux matériaux qu'il a trouvés dans ce riche milieu hospitalier; il a voulu donner une exposition claire et un enseignement pratique des faits intéressants qu'il a pu observer, c'est dire qu'il a pleinement réussi.

Ses leçons cliniques, faites au jour le jour, suivant les hasards des entrées, lui ont toutefois permis de grouper ensemble un certain nombre de cas du même genre, et d'en faire, dans un style simple, son idéal, une description complète. La plupart des sujets traités sont actuellement à l'ordre du jour dans les Sociétés savantes, et le contingent de faits et d'idées que M. Reclus a apporté en faveur de leur élucidation dans le présent volume est de ceux que ne dédaigneront ni les théoriciens ni les praticiens.

C'est ainsi que nous trouvons exposé le traitement des plaies par balles de petit calibre, dans lequel il se prononce catégoriquement pour l'expectation, après occlusion antiseptique des orifices d'entrée et de sortie et l'immobilisation de la région; — le traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, qui lui ont donné de si

chez tous les sujets ponctionnés, c'est que tous ne sont pas également sensibles à l'action du poison hydatique.

L'action de la cocaïne est-elle simplement locale, comme on l'a cru jusqu'alors? Non, d'après M. Laffont, qui a vu cette substance produire une anesthésie générale, mais seulement lorsque le contact a lieu dans certains points du corps, avec la muqueuse pharyngée par exemple. Mais, chose curieuse, tandis que les parties périphériques perdent toute sensibilité, les troncs nerveux sont au contraire rendus plus excitables par la cocaïne.

Nous ne reviendrons pas sur la discussion relative à la cure radicale des hernies à la Société de chirurgie, M. Richelot ayant répondu dans le numéro de l'*Union*, de mardi dernier, aux objections qui lui ont été faites; nous signalerons seulement la communication de Folet (de Lille) dans la dernière séance de l'Académie de médecine, et dans laquelle cet honorable chirurgien mentionne, comme résultat éloigné de la herniotomie chez le nouveau-né, l'atrophie du testicule.

La pelade est-elle ou non contagieuse? Faut-il isoler les malades, séparer les lycéens et militaires peladeux de leurs camarades? Telle est la question qui passionne en ce moment l'Académie. M. Ollivier, qui a provoqué cette discussion, se prononce pour la négative et voudrait faire rapporter le règlement qui ferme les maisons d'éducation aux jeunes gens atteints de la pelade; M. Hardy, dont la longue expérience s'est traduite de la manière la plus humouristique mardi dernier à l'Académie de médecine, soutient vivement l'affirmative, au nom de nombreux cas de contagion qu'il a observés. La plupart des dermatologistes de l'Académie, MM. Ernest Besnier, Bucquoy, Vidal, prennent parti pour M. Hardy; M. Féréol semble pencher vers M. Ollivier, mais le dernier mot n'est pas dit sur cette question, pleine d'intérêt, puisque la savante compagnie l'a donnée comme sujet de prix trois années d'avance.

La nomination de M. Maurice Perrin comme vice-président de l'Académie, à l'unanimité, montre assez combien ses collègues civils, comme ceux de l'armée, le tiennent en haute estime. — L.-H. P.

---

beaux résultats, ainsi qu'à MM. Verneuil et Verchère; — la suture des nerfs à la suite de leur section; — une épidémie d'érysipèles, au sujet de laquelle il réclame énergiquement l'établissement, à l'Hôtel-Dieu, de locaux particuliers où l'isolement des érysipélateux soit soigneusement pratiqué; — l'emploi de l'eau chaude en chirurgie; — la pathogénie et le traitement des phlegmons diffus, affections qu'on ne devrait plus connaître actuellement, dit-il avec raison; — le traitement des anthrax; — le traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse; — les tumeurs mélaniques de la peau; — la sarcomatose hypodermique et viscérale; — diverses maladies des os : la fièvre de croissance, l'ostéo-myélite prolongée du tarse et du métatarse; l'ostéite tuberculeuse, la coxo-tuberculose; — les maladies de la bouche et du cou : kystes dermoïdes du plancher buccal; tuberculose buccale; cancroïdes et leucoplasie des muqueuses buccale et vaginale; kyste séreux congénital et uniloculaire; diagnostic et traitement du lymphadénome cervical.

Au sujet des maladies du tube digestif et de ses annexes, nous avons à citer : le traitement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin; un parallèle entre l'expectation et la laparotomie dans les perforations traumatiques de l'intestin; les chapitres sur la kélotomie, le ramollissement aigu d'une anse intestinale étranglée, les cancers de l'S iliaque et de l'extrémité supérieure du rectum et leur traitement par les anus iliaques et lombaires; le traitement des kystes hydatiques du foie et des abcès de la région anale; les diverses formes d'abcès péri-anaux et leur traitement; le molluscum fibreux de la région ano-rectale. Terminons cette énumération, qui représente presque

De l'audition et de ses rapports avec le langage,

Par le docteur LADREIT DE LACHARRIÈRE.

L'*Union médicale* du 24 novembre publie, sous le titre de *Valeur sémiotique de l'audition de la parole suivant les âges*, une communication de M. le docteur Gellé à la Société de biologie dans laquelle je trouve quelques affirmations tellement en opposition avec mes observations journalières que mon confrère me pardonnera d'en faire la critique.

Il me semble que, de nos jours, le langage de la physiologie doit exclure toutes les conceptions nuageuses de l'imagination. C'est ce que M. Gellé me paraît oublier quand il indique, sans aucune preuve, une sorte de connexité entre la faculté du langage articulé et le sens de l'audition.

Mon expérience personnelle me montre chaque jour que l'enfant complètement sourd perd la faculté du langage articulé ou devient muet. Cette faculté n'est pas anéantie, mais reste momentanément inerte; au contraire, lorsque le jeune enfant reste demi-sourd à la suite d'une maladie, il ne devient pas muet; l'observation me prouve aussi que la surdité complète chez l'adulte de cause auriculaire n'est pas, comme le croit M. Gellé, *un signe sévère d'une lésion du cerveau.*

Pour procéder avec ordre, je veux examiner, par le commencement, le travail de M. Gellé.

« J'ai été, écrit-il, depuis longtemps frappé de cette opposition : un enfant au-
« dessous de 8 ans, qui a parlé, devient sourd; rapidement il perd l'audition de la parole
« et la parole elle-même souvent. »

Dans cette hypothèse, ou l'enfant perd complètement l'ouïe, ou seulement en partie; dans le premier cas, il ne perd pas rapidement l'audition de la parole, elle est perdue *ipso facto*, et il deviendra toujours muet si on ne supplée à la perte de l'audition par la lecture sur les lèvres, et si on ne le fait parler à propos de toute chose pour l'empêcher d'oublier la désignation verbale des objets; s'il n'est que demi-sourd et s'il entend parler à haute voie, il n'y a aucune crainte qu'il devienne muet.

» D'autre part, l'adulte, l'homme âgé, peuvent, bien que sourds, converser et percevoir nettement. »

M. Gellé ne prend pas la peine d'indiquer le degré de surdité dont il parle. Un adulte ou un vieillard peuvent ne pas être assez sourds pour ne pas s'associer dans une cer-

---

la table des matières d'un traité complet de pathologie externe, par diverses maladies de la mamelle, des organes génitaux, et des membres; nous signalerons, en particulier, un intéressant chapitre sur l'infection tuberculeuse par la voie génitale, question encore remplie d'obscurités, et que M. Reclus trouve peu vraisemblable. D'après lui, les tubercules des organes génitaux y arriveraient non pas directement, par contact d'un organe sain avec un organe malade, mais indirectement; après avoir pénétré dans le torrent circulatoire par la voie bronchique ou digestive, les microbes tuberculeux s'arrêteraient dans les points tarés de l'économie, le testicule, par exemple, et s'y coloniseraient pour y proliférer ensuite. Cette hypothèse séduisante a pour elle l'appui des expériences de Max Schüller, qui, comme on le sait, fait naître à volonté des foyers tuberculeux chez des animaux en les blessant et en injectant ensuite des liquides tuberculeux dans leurs veines.

*
* *

L'Académie des sciences, par M. Ernest MAINDRON. — Paris, F. Alcan, 1888.

Ce volume est une de ces œuvres de bibliothécaire que beaucoup de personnes peuvent lire avec intérêt et profit, mais que peuvent seuls apprécier à leur juste valeur ceux qui savent combien il faut employer de temps à ces longues recherches dans nos vieilles archives, et le résultat souvent maigre qu'on en retire.

Attaché pendant plus de vingt années au secrétariat de l'Institut de France, M. Main-

taine mesure à la conversation des autres, et cette possibilité ils ne la trouvent que dans ce qui leur reste de sensibilité auditive, et la preuve c'est qu'il arrive un moment où cette sensibilité n'est plus suffisante pour leur faire entendre autre chose que des sons, et cependant la faculté du langage articulé, comme toutes les autres, reste parfaitement intacte.

« En troisième lieu, continue M. Gellé, l'aphasique qui entend tous les bruits est « incapable de saisir le sens des mots. Il n'est pas sourd, mais il ne comprend pas; « l'idiot est dans le même cas. Il y a une grande analogie entre le premier et le der- « nier, c'est la mémoire qui fait défaut chez tous les deux. »

De quel aphasique s'agit-il donc ici? Il y en a de bien des sortes. Est-ce de celui qui a vu sombrer par un accident pathologique la faculté du langage, ou de l'aphasique de naissance, à qui le développement de cette faculté n'a pas été dévolu? Dans le premier cas, toutes les autres facultés cérébrales sont conservées, l'aphasique est privé de la possibilité d'exprimer sa pensée, le même cri, le même mot lui sert de réponse à tout, il a conscience de son état et souffre de son impuissance. L'aphasique de naissance, qui n'est pas un idiot proprement dit, peut avoir une mémoire insuffisante, mais il comprend le sens des mots, saisit la pensée des autres, obéit aux ordres qu'on lui donne. S'il n'a pas ces aptitudes, il faut le placer dans la catégorie la plus inférieure, celle des idiots. L'idiot sera souvent un aphasique, mais son état sera caractérisé par l'insuffisance absolue de toutes les facultés intellectuelles. Ni chez l'un ni chez l'autre ce ne sera le défaut de mémoire, comme le pense M. Gellé, qui sera cause du mutisme.

« Le sourd adulte, âgé même, qui ne perçoit pas le diapason ni la montre depuis « longtemps, répond souvent très bien aux questions, il cause et s'oriente bien dans « un salon. A quoi tient cette curieuse persistance, sinon à l'éducation de la faculté du « langage et à ses rapports étroits avec la fonction de l'ouïe? »

En avançant cette affirmation, M. Gellé se garde bien de donner la mesure de la surdité de son sujet. Ne pas entendre le diapason à une certaine distance et l'échappement d'une montre au contact de l'oreille, ce n'est pas la preuve qu'on soit assez sourd pour ne pas entendre la conversation à haute voix, et je ne vois pas *la curieuse persistance qu'on ne peut attribuer qu'à l'éducation de la faculté du langage*. Où peut bien être la raison de cette conception?

Les conclusions du travail de M. Gellé présentent des affirmations aussi peu justifiées, selon moi, que celles que je viens d'analyser.

« La perte rapide de la perception du langage articulé chez l'adulte doit éveiller l'at-

---

dron a pu, tout en mettant en ordre ses riches archives, recueillir de nombreux documents inédits sur l'histoire de l'Académie, depuis ses origines jusqu'à nos jours; il a pu retracer ainsi ses diverses modifications, ses installations successives à la Bibliothèque du roi, au Louvre et au Palais des Quatre-Nations, donner l'exposé de ses règlements et de ses collections, la bibliographie des ouvrages publiés sur elle, des renseignements peu connus sur les finances de la Compagnie, sur les pensions royales attribuées à ses membres, sur ses relations avec l'Académie des inscriptions et médailles, les derniers jours de son existence en 1793, la création de ses archives et de son médailler, ses secrétaires perpétuels ou annuels, son personnel, etc. Une bonne partie du volume est consacrée à la fondation de l'Institut national en 1796, à l'entrée de Bonaparte dans la première de ses classes, à la fondation de l'Institut d'Égypte, puis au rétablissement des Académies en 1816.

Ainsi conçu et rédigé, ce livre, dit très bien M. Maindron dans sa préface, offrira au lecteur une suite non interrompue de faits intéressants, qui lui permettront de reconstituer l'histoire de la plus grande de nos institutions scientifiques.

Pour ajouter encore à son intérêt, M. Maindron a joint au texte une foule de gravures, portraits, plans et autographes reproduits d'après les documents originaux, et représentant des séances, des médailles, cachets, membres, etc., de l'Académie des sciences, entre autres la collection des portraits des secrétaires perpétuels de cette Académie.

L'impulsion donnée par Bonaparte aux progrès des sciences fut immense, comme le

tention du médecin, car elle peut annoncer un affaiblisement des facultés cérébrales autant que de l'audition. »

Si M. Gellé a voulu dire que la perte rapide de l'audition sans maladie de l'oreille appréciable indique une présomption grave d'affection cérébrale, c'est une vérité banale et connue ; s'il a voulu dire que la progression rapide d'une cophose due à une altération de l'oreille a pour conséquence un affaiblissement des facultés cérébrales, il a commis une erreur peut-être utile à ses malades, parce qu'en les effrayant, il les engage à se faire soigner au plus vite.

« La conservation de la faculté de l'ouïe, le langage articulé, peut, chez l'adulte, dis-« simuler une surdité assez avancée, ou des lésions menaçantes pour l'avenir. »

Cette affirmation ne me paraît basée sur rien. Où trouve-t-on, je ne dirai pas la preuve, mais une simple présomption, que le langage articulé soit plus sous la dépendanc de l'audition que la mémoire ou les autres facultés cérébrales? En quoi la surdité produite par l'ankylose des osselets ou par toute autre cause analogue peut-elle faire craindre au malade des lésions menaçantes pour l'avenir?

« La perte de l'audition de la parole est un fait des plus graves chez l'enfant sourd, » car il indique que la mémoire des mots se perd; mais on ne peut conclure de là à « l'existence d'une affection cérébrale ni à celle d'une surdité incurable. Chez l'adulte, « au contraire, la perte de la compréhension des mots, avec persistance de l'audition « des sons, est un signe sévère d'une lésion du cerveau. »

La perte de l'audition de la parole, qui rend l'enfant sourd-muet, est, je le reconnais, fort grave, mais cela n'indique pas que l'enfant perde la mémoire des mots. M. Gellé confond la mémoire des mots avec l'oubli des mots.

Cet enfant qui deviendra sourd-muet ressemblera simplement à celui qui, élevé en Angleterre, aura parlé l'anglais jusqu'à 7 ou 8 ans, et qui, ramené en France, aura complètement oublié cette langue, avec cette différence que son intelligence, n'ayant pas été meublée de tout ce qui lui est donné par le sens de l'ouïe, sera dans un état de dénuement relatif. Quant à l'adulte qui sera atteint d'une cophose progressive par une affection de l'oreille, il arrivera un moment où, après avoir entendu avec un cornet, il n'entendra plus que les sons sans que nous soyons en droit de soupçonner une lésion *sévère* du cerveau.

M. Gellé a basé tout son travail sur une conception que je crois erronée, à savoir : que la perception auriculaire peut être suppléée par une faculté cérébrale qui lui est con-

---

prouvent les nombreux documents inédits que cite à ce propos M. Maindron; il considérait l'Institut comme tellement au-dessus des autres Sociétés savantes, qu'il décréta, le 11 floréal, an X, *qu'aucun établissement ne pourrait prendre désormais ce nom, sauf l'Institut national des sciences et des arts.* « Il était intéressant de rappeler ce souvenir, dit avec une certaine mélancolie M. Maindron. La loi du 11 floréal an X est bien oubliée de nos jours, et quoi qu'elle n'ait jamais été abrogée, les *Instituts* sont devenus nombreux; il est vrai qu'aucun de ceux qui ont pris ce titre n'a obscurci l'éclat de l'Institut de France, qui, pour le monde entier, est resté : l'INSTITUT. »

*
* *

La pratique des maladies des femmes, par Th. A. EMMET; ouvrage traduit sur la troisième édition et annoté par le docteur A. OLLIVIER, avec une préface par M. le professeur TRÉLAT. — Paris, J.-B. Baillière, 1887.

Nous sommes bien en retard avec cet excellent ouvrage qui, heureusement, n'avait guère besoin de notre recommandation pour faire son chemin dans le monde médical. La préface de M. le professeur Trélat était d'ailleurs la meilleure lettre d'introduction qu'il pût trouver auprès de nos confrères; ils y verront que notre éminent maître regrette beaucoup d'être obligé de reconnaître que la France s'est beaucoup laissé distancer par les étrangers sur le terrain de la gynécologie, mais qu'il espère, et nous partageons cet espoir, que bientôt les écrivains français n'en seront plus réduits à tra-

nexe et qui est, pour lui, la faculté du langage articulé. Cette supposition ne me paraît justifiée ni par la physiologie ni par l'observation pathologique.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, 9e édition, par Léon Le Fort. Paris, F. Alcan, 1888.

Le *Manuel de médecine opératoire de Malgaigne,* œuvre que M. L. Le Fort a dû faire sienne, en est aujourd'hui à sa neuvième édition.

L'éloge du livre n'est plus à faire; trop de générations d'étudiants en ont eu entre les mains les éditions successives toujours pratiques, toujours au courant de la science.

De nombreuses additions ont été faites; signalons surtout les importants développements dont s'est enrichi le chapitre consacré à la prothèse des membres.

Nous ne pouvons insister sur tous ces points; mais il nous faut au moins attirer l'attention sur la partie vraiment nouvelle et particulièrement originale du premier volume, sur les 60 pages d'introduction où l'éminent professeur, retraçant l'histoire de cette révolution récente qui a si profondémenr transformé la chirurgie, expose, comme il l'avait déjà fait, en 1885, dans sa magistrale leçon d'ouverture de la clinique de Necker, les idées fécondes qui lui ont toujours servi de guide sûr dans sa pratique chirurgicale.

L'histoire de la mortalité chirurgicale hospitalière peut se diviser en trois périodes :

Pendant la première, qui commence avec l'apparition des grands hôpitaux au XVIIIe siècle, pour finir en 1860, les efforts des chirurgiens contre l'infection purulente eurent un résultat à peu près nul.

La seconde, qui dure jusqu'en 1870, est celle de l'hygiène hospitalière. Elle est inaugurée par la note *sur l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre.* En créant le mot, M. Le Fort créa en grande partie la chose, et il eut la gloire de démontrer, se basant sur une statistique de près de *deux millions* de faits, la contagiosité de la fièvre puerpérale et par suite de l'infection purulente, c'est-à-dire la propagation de ces deux maladies par un germe venu *non de l'air*, mais apporté, inoculé par la main ou les instruments. Dès cette époque, soins, précautions opératoires, pansements de M. Le Fort, n'eurent qu'un but : la destruction de ce germe contage. La statistique de sa pratique

---

duire les ouvrages étrangers. Les gynécologistes français commencent à voler de leurs propres ailes, et leur expérience personnelle leur a déjà permis de s'affirmer par divers ouvrages qui tiennent une place honorable dans la littérature médicale.

L.-H. Petit.

Opiat antiblennorrhagique. — Diday.

Baume de copahu........................	40 grammes.
Essence de menthe........................	quelques gouttes.
Cubèbe pulvérisé........................	q. s.

Pour f. s. a. un opiat. — Trois fois par jour, une heure au moins avant le repas, prendre dans du pain azyme, gros comme une noisette de cet opiat. — Continuer pendant douze jours. Durant ce temps, s'abtenir de bains, de tisanes et de boissons rafraichissantes. Boire peu aux repas, pas du tout dans l'intervalle; uriner avant d'avaler l'opiat. — Ce remède ne doit être administré que quand la blennorrhagie est mûre, c'est-à-dire lorsque la miction et l'érection ne s'accompagnent plus de douleur; quand le méat n'est plus rouge ni tuméfié; quand l'écoulement a beaucoup diminué, et que, après avoir été jaune ou vert, il est devenu blanc et un peu *filant.* — N. G.

hospitalière, son travail lu à l'Académie de médecine le 31 mai 1870 prouve qu'il y réussit.

En troisième lieu vient la période antiseptique, la période des plus merveilleux résultats pratiques. Nous ne pouvons insister sur tous les points de doctrine magistralement exposés par le savant professeur.

« Dans quelques années, dit-il en terminant, de toutes les complications actuelles des pansements, il ne restera que l'usage des solutions chimiques destructives, non des ferments de l'air, mais du contage ; j'espère que cet avenir fera rendre à mes travaux, à ma personne ou à ma mémoire, la justice qui leur est due. »

C'est à votre personne, cher maître, que cette justice est et sera rendue, à vos féconds travaux, et nous espérons bien annoncer, à cette même place, longtemps encore, de nombreuses éditions du *Manuel de médecine opératoire.* — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 décembre.

Etiologie de la pneumonie contagieuse des porcs, par MM. Cornil et Chantemesse. — Il existe depuis plusieurs années en France une maladie du porc, contagieuse au plus haut degré, se terminant par une péripneumonie fibrineuse, presque toujours mortelle.

Cette maladie a été méconnue ; on l'a confondue avec le rouget et on lui a appliqué, sans aucun effet utile, les procédés de vaccination de cette maladie.

Cette pneumonie contagieuse a fait son apparition, vers la fin de l'année 1883, dans les porcheries des nourrisseurs de Gentilly qu'elle a peu à peu dépeuplées. Tous les efforts tentés contre elle, et, en particulier, le vaccin du rouget, ont été infructueux.

Au début de la maladie, les animaux sont fatigués et restent couchés ; en même temps apparaissent la toux et la gêne respiratoire. La fièvre s'élève, l'appétit diminue et l'amaigrissement fait des progrès.

La peau du flanc et du ventre présente souvent une teinte rougeâtre qui a fait confondre la maladie avec le rouget ; la peau du cou offre des plaques noirâtres dues à l'accumulation de poussières et d'impuretés, au niveau desquelles les poils tombent ou s'arrachent facilement. Les animaux sont couchés, silencieux, et ne poussent de grognements plaintifs que lorsqu'on les déplace.

Dès le début, on abserve de la diarrhée muqueuse, blanchâtre, fétide, qui tantôt persiste jusqu'à la fin de la maladie, tantôt est remplacée par de la constipation.

La durée totale de la maladie varie de 20 à 30 jours. Elle se distingue du rouget par sa lenteur, par la prédominance des symptômes pulmonaires et par les caractères des micro-organismes qui la causent.

Nous avions déjà trouvé, sur les coupes d'un poumon hépatisé mis à notre disposition par M. Mégnin, de petites bactéries, lorsqu'au mois de juin cette année, M. Gourbeyre, nourrisseur à Gentilly, nous pria d'étudier cette pneumonie dont mouraient tous ses animaux. L'immense majorité d'entre eux succombait, mais quelques-uns, cependant, après avoir été malades, contractaient l'immunité. La pneumonie avait ravagé depuis plus d'un an les étables de Gentilly malgré l'isolement des malades et la désinfection des étables avec la poudre de chaux vive.

La maladie revenait trois semaines après que les étables étaient de nouveau repeuplées de leurs habitants.

La cause première et la plus active de l'infection était le séjour des porcs au marché de la Villette où affluent les animaux de tous les pays. Les conditions de la contagion y sont telles que les animaux sains, conduits au marché, puis ramenés à l'étable, y rapportaient presque invariablement la pneumonie contagieuse. Aussi les nourrisseurs de Gentilly, connaissant ce danger, vendent-ils toujours à la boucherie les porcs qui ont passé plusieurs heures au marché de la Villette.

Sur notre demande, M. Gourbeyre fit abattre un porc malade depuis plusieurs jours. Celui-ci présentait dans les deux poumons des noyaux de broncho-pneumonie. Séance tenante, des ensemencements furent faits avec le suc du poumon, du foie, de la rate et du sang.

Les semences avec le sang et la rate restèrent stériles. Le poumon et le foie donnèrent des cultures pures, dont voici les caractères.

La culture ne liquéfie pas la gélatine. Elle donne sur la surface une tache transparente, tantôt épaisse et ramassée, et tantôt étalée. Lorsque les colonies sont clairsemées, elles prennent une apparence très élégante, rappelant un ouvrage de ciselure, formé de cercles concentriques reliés par de fines dentelles.

Sur l'agar, tache laiteuse bordée d'une dentelle ; dans le bouillon, pas de caractères particuliers ; sur la pomme de terre, culture abondante de couleur grise. Toutes ces cultures contiennent à l'état de pureté le même microbe. C'est une petite bactérie ovale ou un bâtonnet terminé par des extrémités ovalaires. Il mesure 1 μ à 2 μ en longueur sur 0 μ 3 de diamètre. Il est immobile, aérobie et facultativement anaérobie.

Avec une culture pure dans du bouillon nous avons inoculé à un jeune porc, que M. Gourbeyre a mis gracieusement à notre disposition, des lapins, des cobayes, des souris et des pigeons.

Le 1er juillet 1887, le porc a reçu dans le poumon droit 1/4 de centimètre cube d'une culture récente dans le bouillon, injectée avec la seringue de Pravaz. Le 2 juillet, l'animal paraît manifestement malade ; il mange peu, reste couché ; la température marque 40°.

Les jours suivants l'animal est pris de diarrhée. Il maigrit et la respiration est plus rapide que normalement. Au point d'inoculation, on entend dans le poumon de petits râles crépitants et sous-crépitants qui n'existent pas du côté opposé. La peau se recouvre de plaque noires dues à des impuretés. L'animal succombe le 28 juillet. A l'autopsie, le poumon droit est atteint de broncho-pneumonie généralisée. Le poumon gauche présente quelques lobules hépatisés. Les reins montrent une néphrite intense. L'urine est albumineuse. Le gros intestin est parsemé de tumeurs solides variant du volume d'une petite noix à une lentille.

La plupart des ganglions lymphatiques sont tuméfiés.

Dans le suc obtenu par le raclage du poumon, des ganglions, des tumeurs intestinales, du foie, de la rate, des reins, dans l'urine, la bile et le sang, on trouve, à l'état de pureté, le microbe inoculé. Il se montre en abondance dans les matières fécales.

Les mêmes cultures tuaient, en peu de jours, les lapins, les cobayes, les souris. Les pigeons se montraient réfractaires.

Dans le sang des souris, le microbe pullule abondamment. Il prend ici des dimensions un peu plus grandes et montre un espace clair à son centre quand il est coloré avec le bleu de méthylène. Il se voit dans le plasma sanguin et dans les globules blancs, où l'on découvre parfois cinq ou six bâtonnets, ou même plus.

Les lésions que nous venons de décrire indiquent que la pneumonie contagieuse des porcs est une maladie infectieuse générale plutôt qu'une affection pulmonaire. La prédominance des symptômes pulmonaires est le résultat du mode d'introduction du virus qui se fait le plus souvent par la respiration, mais la maladie peut aussi se gagner par la voie digestive ou par une blessure cutanée.

Cette maladie des porcs nous paraît être de même nature que celle décrite en Allemagne, par Loeffler et Schutz, sous le nom de « Schweine-seuche » et que celle qu'on a vue l'année dernière en Amérique, et que Salmon et Smith ont considérée comme une maladie nouvelle sous la dénomination de « Swine-plague », d'après le rapport de M. Baumgarten.

Les auteurs allemands ont montré que le bacille ovalaire reproduisait la maladie chez le porc et qu'il était pathogène pour certaines espèces animales. Là s'est borné leur travail. Dans la note présente, nous voulons signaler l'existence en France de cette grave maladie, et indiquer son mode de propagation à Paris et dans les environs par le marché de La Villette.

Dans une communication prochaine, nous ferons connaître les principales propriétés

biologiques du virus, ses réactions vis-à-vis des antiseptiques, de l'oxygène et de la chaleur. Nous indiquerons les procédés avec lesquels nous avons produit des virus atténués qui donnent à plusieurs espèces animales l'immunité contre le microbe virulent.

De la pathogénie de l'urticaire hydatique, par M. Debove. — Chez les malades atteints de kystes hydatiques, soit à la suite d'une ponction, soit lorsque ces kystes s'ouvrent spontanément dans le péritoine, il survient fréquemment une éruption d'urticaire. Diverses théories ont été émises pour l'expliquer; la plus vraisemblable est celle qui en fait une urticaire toxique due à la résorption du liquide hydatique.

J'ai l'honneur de vous communiquer des expériences qui viennent démontrer la vérité de cette théorie.

Par une ponction faite dans un but thérapeutique, j'ai extrait, chez une malade atteinte de kyste hydatique du foie, 500 grammes de liquide transparent, non albumineux, contenant des hydatides. Ce liquide étant filtré, j'en ai injecté trois seringues de Pravaz, en trois points différents, sous la peau du ventre de trois sujets qui n'avaient jamais eu d'éruption ortiée.

Le premier sujet ne présenta rien de particulier.

Le second sujet eut une éruption ortiée qui fut locale, c'est-à-dire que, dix minutes après l'injection, il présenta trois magnifiques plaques d'urticaire papuleuse, de la largeur d'une pièce de cinq francs, aux points où l'injection avait été faite.

La piqûre correspondait au centre de la papule. Cette éruption disparut au bout d'une heure.

Le troisième sujet eut, comme le second, une éruption locale au ventre, mais en outre il apparut, vingt minutes après l'injection, quatre grandes plaques d'urticaire papuleuse à la partie postérieure du tronc. Cette éruption s'éteignit au bout d'une heure. Six heures plus tard (sans nouvelle injection), il se fit une éruption caractéristique et confluente d'urticaire sur la partie antérieure des bras et des avant-bras.

Ces expériences me paraissent démontrer le rôle joué par la résorption du liquide hydatique dans le développement de l'urticaire hydatique. Elles montrent encore que tous les individus ne sont pas également susceptibles, puisque le premier sujet n'eut aucun accident.

Le second sujet eut une urticaire locale. Il est vraisemblable que l'absorption du liquide hydatique l'a prédisposé à l'urticaire, mais ce liquide étant en petite quantité, elle s'est produite seulement au point où est venue se surajouter une cause locale.

Le troisième sujet a eu deux éruptions, l'une locale, l'autre généralisée, et cette dernière s'est faite en deux temps.

Cette particularité mérite d'être relevée. Chez les malades, en effet, atteints de kystes du foie et ponctionnés, on peut voir apparaître plusieurs éruptions successives. Théoriquement, on admet que chacune d'elles est due à la pénétration, dans la cavité péritonéale, de nouvelles quantités de liquide hydatique. Il n'en est rien puisque, dans le cas dont je viens de parler, une seule injection a produit deux poussées d'urticaire, n'ayant pas le même siège et qui se sont montrées à six heures de distance.

Telles sont mes expériences qui me paraissent démontrer le rôle pathogénique du liquide hydatique dans le développement de l'urticaire et semblent indiquer que tous les sujets ne sont pas également sensibles à l'action du poison hydatique.

C'est là, d'ailleurs, une particularité relevée à propos de presque toutes les substances médicamenteuses.

Action anesthésiante généralisée de la cocaïne, par M. Laffont. — Tout le monde connaît les heureux effets de la cocaïne au point de vue de l'anesthésie locale. Or, cet agent thérapeutique n'a pas seulement une action locale, il peut avoir aussi une action générale dans certaines conditions. C'est ainsi que j'ai reconnu que, mis en contact avec certains points du corps, l'anesthésie qu'il détermine n'est pas limitée au point de contact, mais s'étend à tout l'organisme, et que cette anesthésie généralisée est aussi complète que celle à laquelle les inhalations chloroformiques, par exemple, peuvent donner lieu.

Parmi ces points, je puis citer en première ligne la muqueuse pharyngée; et les ex-

périences que je viens de faire de ce côté m'ont conduit à constater, entre autres faits intéressants, que cette anesthésie générale n'entraîne aucune modification du côté des troncs nerveux qui, loin d'être anesthésiés par la cocaïne, sont, au contraire, rendus plus excitables par ce médicament. Par contre, les parties périphériques perdent, sous son influence, toute sensibilité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 décembre 1887. — Présidence de M. Fraigniaud.

Le procès-verbal est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Rougon fait remarquer que, dans son traitement du diabète, M. Boucheron proscrit également la viande; il ne la permet qu'une fois par semaine.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues habituels; *Revue de l'hypnotisme*, numéro du 1er décembre.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. le docteur Roux, qui remercie la Société de lui avoir décerné le prix Duparcque;

Lettre de M. le docteur Dehenne, s'excusant de ne pouvoir venir prendre part à la discussion sur le diabète; M. Dehenne n'aurait pu d'ailleurs que confirmer ce qu'il a eu occasion de dire à la Société, à savoir « que les malades atteints d'affections oculaires d'origine diabétique sont *manifestement* influencés en bien par les injections sous-cutanées d'ergotinine; que ces injections, en même temps qu'elles améliorent l'état local, font baisser et même disparaître la quantité de sucre excrétée en vingt-quatre heures par les urines; que l'on voit les forces revenir au fur et à mesure que la soif diminue, et que la malade n'urine plus qu'un ou deux litres en vingt-quatre heures, au lieu de sept ou huit litres. »

M. Bergeron s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Président fait part à la Société des distinctions obtenues par plusieurs de ses membres : M. Deligny a reçu une médaille de bronze pour ses travaux sur les eaux minérales; MM. Dechaux (de Montluçon) et Gauron (de Pont-Sainte-Maxence), ont obtenu, le premier une médaille d'argent, le second une médaille de bronze, pour leurs travaux sur les épidémies.

M. de Beauvais lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Ant. Martin à l'honorariat.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées; le vote renvoyé à la prochaine séance.

M. Coignard lit un mémoire intitulé : *Diabète. Médicaments. Médication.* (Sera publié).

M. Duroziez : M. Coignard nous a parlé de l'influence du vin et de l'alcool; ce point de thérapeutique mérite d'être fixé. Il y a des diabétiques auxquels on prescrit des doses de vin et d'alcool qui me paraissent exagérées. Jusqu'à quel point ces doses sont-elles innocentes? Ne peuvent-elles produire une maladie du foie?

M. Coignard : La diète végétale à outrance vaudrait certainement mieux que l'alcool à haute dose, — que je ne préconise pas, d'ailleurs.

M. Tissier : Je n'ai jamais prescrit l'eau-de-vie. Bouchardat permettait un petit verre de cognac après les repas.

M. de Beauvais : Nous avons commencé une discussion sur le diabète qui doit être complète; il y aurait donc inconvénient à greffer sur cette discussion une question incidente, qui trouvera sa place dans le traitement en général. Je propose de suivre l'ordre du jour et de réserver ultérieurement une séance complète au diabète.

M. Reliquet pense, au contraire, que, la discussion sur le diabète étant commencée, il y a tout avantage à la suivre sans interruption.

La Société se range à cet avis, et la parole est donnée à M. Bouloumié qui continue sa communication sur le *traitement dss glycosuries et diabètes.* (Sera publiée.)

— M. Boucheron achève l'exposé de ses vues théoriques et pratiques sur cette question. (Sera publiée.)

Elections du bureau pour 1888. — *Président* : M. de Ranse obtient 20 voix sur 20 votants. — *Vice-président* : M. E.-R. Perrin, 19 voix sur 20 votants; M. Thévenot, 1. — *Secrétaires annuels* : M. Wickham, 17 voix (élu); M. Larroque, 14 (élu); M. Trousseau, 2, sur 18 votants. — *Conseil d'administration* : M. Horteloup, 18 voix sur 18 votants.

L'élection de M. Perrin comme vice-président rend vacante la fonction de *trésorier*, qui est donnée, par 16 voix sur 16 votants, à M. Thevenot.

Le bureau de la Société, pour 1888, se compose donc ainsi :
Président : M. de Ranse.
Vice-Président : M. E.-R. Perrin.
Secrétaire général : M. J. Christian.
Secrétaires annuels : MM. Wickham et Larroque.
Trésorier : M. Thevenot.
Archiviste : M. Pellier.
Conseil d'administration : MM. Fraigniaud et Horteloup.
Comité de rédaction : MM. Coignard, Baraduc, Wickham, Larroque, et le secrétaire général.

— Le banquet annuel est fixé au samedi 21 janvier 1888. (Commissaires : MM. Duroziez et Thevenot.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Epidémies. — On annonce de Brooklyn que la variole s'est montrée dans plusieurs quartiers de la ville.

La diphthérie sévit avec violence à Montréal, elle a fait 32 victimes la semaine dernière Voici les chiffres des décès causés par cette même maladie (diphthérie et croup) dans les principales villes du monde pendant le mois de novembre :

Saint-Louis, 157 ; New-York, 417 ; Montréal, 65 ; Chicago, 182 ; Brooklyn, 155 ; Boston, 71 ; Baltimore, 35 ; Le Caire, 537 ; Alexandrie, 190 ; Madrâs, 117 ; Bombay, 109 ; Bukarest, 45 ; Lisbonne, 30 ; Hambourg, 149 ; Munich, 102 ; Konigsberg, 59 ; Dantzig, 30 ; Berlin, 170 ; Gênes, 39. — Ch. S.

COURRIER

Ecole de médecine de Poitiers. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Première année : prix de fin d'année, médaille d'argent, M. Pineau ; médaille de bronze, M. Moreau ; mention, M. Labit. — Deuxième année : Anatomie et physiologie, médaille d'argent, M. Dhome ; prix de fin d'année, médaille de bronze, M. Dhome. — Troisième année : Anatomie, médaille d'argent, M. de La Porte ; médaille de bronze, M. Cazelles.

Officiat de santé. — Médaille d'argent, M. Létang.

Pharmacie. — Première année : médaille d'argent, M. Huteau ; médaille de bronze, M. Richou ; mention, M. Delière. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Moreau ; médaille de bronze, M. Fournioux ; mention, M. Bobot.

Travaux pratiques : Médecine. — Première année : médaille d'argent, M. Moreau ; médaille de bronze, M. Labit ; mention, M. Pineau.

Pharmacie. — Première année ; médaille d'argent, M. Huteau ; médaille de bronze, M. Delière ; mention, M. Houpert. — Deuxième année : médaille d'argent, M. Fournioux ; médaille de bronze, M. Baronnet ; mention, M. Bardy.

Société médico-pratique. — Séance du 26 décembre. — *Ordre du jour* : Luxation sous-coraco-ïdienne récente, produite par simple contraction musculaire, réduction par le procédé de Lacour. — 2. M. Poulet : Note sur une nouvelle variété d'asthme, l'asthme épileptique. — 3. M. Cyr : Rapport, au nom de la Commission du prix, sur les mémoires adressés pour le concours. — 4. Elections pour le renouvellement du bureau.

Souscription Daviel. — Souscription pour l'érection d'un monument à Jacques Daviel. (Suite.)

Report......	2,900
MM. Kirmisson	10 fr.
Richelot	10
Le Dentu	10
Marc Sée	10
Peyrot	10
Reclus	10
Bazy	10
Broca	10
Monod	10
Jalaguier	10
Lannelongue	50
Chauvel	10
Leroy de Méricourt	5
Alfred Fournier	20
Brouardel	50
Bouchard	20
Worms	20
Duplay	20
Richet	20
Peter	10
A. Guérin	20
Hérard	20
Luys	20
Albert Robin	20
Féréol	20
Baron Alphonse de Rothschild	100
Lavalley, sénateur	20
Hergott (de Nancy)	20
Félix Guyon	100
Lacaze	100
Thomas (de Tours)	30
Houzel (de Boulogne)	10
Ehrmann (de Mulhouse)	20
Total......	3,720 (*A suivre*).

Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur A. Brun, 23, rue d'Aumale.

— La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin; elle fournit subvention et logement. Pays de chasse et de pêche. Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le professeur VERNEUIL.

De quelques causes de gravité de la syphilis (1)

(*Hybrides syphilitiques*).

La question de l'hybridité cancéro-syphilitique a été très clairement exposée et très judicieusement discutée dans l'importante thèse du docteur Ozenne, dont la plupart des observations ont été tirées de mes cartons ou recueillies dans mes salles.

Désormais, cette forme pathologique doit prendre droit de domicile dans nos cadres classiques ; c'est du moins l'opinion d'une grande autorité dans la matière ; je veux parler de mon élève et ami le professeur Fournier, qui partage complètement mes opinions sur les hybrides syphilitiques, qui les reconnaît à première vue et qui les montre quotidiennement à ses élèves (ce dont je lui sais grand gré, comme on peut le croire).

J'ai également converti la plupart de mes élèves et plusieurs de mes collègues, deux au moins à qui, en 1884, est arrivé ce qui suit :

Un malade atteint simultanément à la langue d'épithélioma et de gomme ulcérée était couché à l'hôpital de la Charité où on passait le cinquième examen du doctorat. Un premier agrégé en chirurgie, fort instruit d'ailleurs, et faisant fonctions d'examinateur, vit le patient, le déclara nettement atteint de cancer à la langue et le donna comme tel au candidat.

Deux jours après, le même malade, servant à un autre examen, fut caté-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 17 décembre 1887.

FEUILLETON

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE — LA TERRE ET LES HOMMES, par Elisée RECLUS — T. XIII — L'Afrique méridionale, *îles de l'Atlantique austral, Gabonie, Congo, Angola, Cap, Zambèze, Zanzibar, Côte de Somal* — contenant 5 cartes en couleur tirées à part, 190 cartes intercalées dans le texte, et 78 vues ou types gravés sur bois. — Paris, librairie Hachette, 1888.

Ce tome XIII complète la géographie de l'Afrique, à laquelle quatre volumes ont été consacrés. Nous y trouvons une vue détaillée, instructive et pittoresque de tout le pourtour de la portion méridionale de l'Afrique, une immense promenade depuis la mer de Guinée du côté de l'occident, jusqu'au pays des Somal et des Galla du côté de l'orient, en passant par le cap de Bonne-Espérance. Dans ce vaste parcours, on est facilement entraîné à la suite de l'auteur, avec son beau langage dans les oreilles et ses charmants dessins devant les yeux. Et puis, chemin faisant, on rencontre des types nombreux, qui deviennent nos compagnons de voyage, qui peuplent et animent notre route, que nous ne pouvons guère, pour la plupart, nommer nos semblables que par antiphrase, mais qui ajoutent à la connaissance des pays parcourus celle des êtres humains qui les habitent.

Les flots de l'Atlantique austral baignent quelques îles qui ont une histoire, et parmi

goriquement considéré comme affecté de glossite gommeuse par un autre agrégé en chirurgie, non moins distingué que le premier. Instruit de ce désaccord, j'allai voir le sujet, qui offrait nn exemple parfait de la forme cancéro-gommeuse, deuxième forme de l'hybridité en question.

Plusieurs fois déjà, de simples docteurs, qui avaient suivi mon service, m'ont adressé des malades chez lesquels ils avaient parfaitement reconnu l'hybridité. Voici l'un de ces cas, attestant que le plus ordinairement il suffit d'être prévenu pour porter sûrement et promptement le diagnostic.

Syphilo-épithélioma du voile du palais; amélioration de l'ulcération par l'iodure de potassium; statu quo; *ablation avec le thermo-cautère. Récidive. Généralisation. Mort.* — Un boulanger de 39 ans, vigoureux et présentant les apparences de la santé, me fut envoyé en 1885 par un jeune médecin du quartier ; il portait à la face antérieure, inférieure et droite du voile du palais, une ulcération d'un centimètre et demi de diamètre, saillante à la circonférence, plane au centre et ne dépassant pas l'épaisseur de la muqueuse. D'ailleurs, indolente ou gênant à peine la déglutition, elle datait au plus de quatre semaines. Peu après son début, elle semblait plus creuse, avec des bords taillés à pic et festonnés simulant tout à fait une gomme récemment ouverte. D'après l'indolence, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'existence avouée d'une syphilis contractée vers 1882 et imparfaitement soignée, le médecin consulté diagnostiqua une ulcération tertiaire et institua le traitement par le proto-iodure et l'iodure de potassium.

Les premiers effets furent très satisfaisants. En quelques jours, l'aspect de la plaie devint meilleur, le fond se détergea et se combla ; les bords se changèrent en un bourrelet papilliforme un peu ferme au toucher et la tuméfaction de la muqueuse se dissipa aux alentours. Malheureusement les choses en restèrent là et l'ulcération métamorphosée ne fit plus aucun progrès vers la guérison. Notre jeune confrère, soupçonnant un cas d'hybridité comme il en avait vu dans mes salles, suspendit le traitement spécifique et m'envoya le malade.

L'ulcération ressemblait alors plus à un épithélioma qu'à une gomme ; pour ne point faire d'erreur. je fis examiner au microscope des bourgeons de la circonférence, qui furent trouvés formés d'épithélium.

Sans perdre de temps, je fis avec le petit thermo-cautère courbe l'ablation large de l'ulcération en détruisant la muqueuse dans toute son épaisseur. Une belle cicatrice

---

lesquelles on aperçoit le sinistre rocher de Sainte-Hélène, et plus près du continent, l'île de Fernando-Po, qui forme un canal de 88 mètres seulement de profondeur, devant le vaste domaine colonial dont l'estuaire de Kameroun est le centre, et dont la suzeraineté, après de longs débats diplomatiques, appartient à l'Allemagne. En suivant la côte africaine, on rencontre la Gabonie, qui occupe une longueur d'environ 1,500 kilomètres sur le littoral africain, et dont les Espagnols, les Français et les Portugais se sont partagé la possession. La portion française du Gabon dite la « France équatoriale » est constituée par plus de 600,000 kilomètres carrés, et a pour chef-lieu Libreville, qui parsème ses demeures sur un espace d'environ 7 kilomètres le long de la rade. Puis vient l'immense territoire, qui reste encore inconnu dans une grande partie de son étendue, et qui doit son nom, le Congo, au grand courant fluvial qui naît à des milliers de kilomètres de l'endroit où il se déverse, plus près de la mer des Indes que de l'Atlantique. Les possessions françaises dans cette région sont importantes ; la convention récemment conclue avec l'Etat du Congo ajoute au Congo français une centaine de mille kilomètres carrés. Mais l'annexion réelle et la mise en valeur du pays seront l'œuvre du temps.

En franchissant le territoire d'Angola, où des étendues encore ont été annexées à l'empire colonial des Allemands, le pays des Dama-Ra et des Nama-Koua, qui a été déclaré territoire allemand en 1884, sur un développement côtier d'environ 1,500 kilomètres, nous arrivons dans les bassins de l'Orange et du Limpopo, et nous touchons les colonies anglaises du Cap et de Natal ; le pays des Zoulous, qui sans s'en douter sont intervenus d'une manière si considérable dans les destinées de la France, des

lisse et bientôt souple se forma et pendant plus de quatre mois l'opéré, qui venait nous voir de temps en temps, parut complètement guéri.

Mais alors la cicatrice se tuméfia et devint un peu livide ; en même temps une ulcération de mauvaise nature apparut à son pourtour, se propagea à la racine du pilier antérieur et s'enfonçà dans l'épaisseur même du voile. Un ganglion de la gaine carotidienne s'indura en même temps. Au début de la récidive, le patient, sans demander conseil, avait repris le traitement spécifique, mais s'en était mal trouvé.

Après quelques hésitations, je fis une seconde tentative opératoire portant à la fois sur la tumeur du voile et sur le ganglion ; le résultat fut détestable. Une seconde récidive se développa très rapidement, avec resserrement spasmodique des mâchoires, difficulté extrême d'avaler, douleurs intenses dans les oreilles, tuméfaction du cou, etc. La mort survint trois mois à peine après ma seconde opération.

La maladie a suivi dans ce cas la marche la plus ordinairement observée dans l'hybridité syphilo-cancéreuse ; le traitement de la syphilis tertiaire, forme revêtue par la lésion buccale, avait d'abord très amélioré cette lésion : mais l'élément cancer continuant sa marche progressive, n'avait pas tardé à se manifester sous forme d'une récidive, qu'on crut d'abord syphilitique et qui malheureusement était cancéreuse. Le traitement spécifique fut dès lors impuissant, aggrava même le mal, et l'intervention chirurgicale elle-même ne donna pas un meilleur résultat.

Des particularités à peu près semblables furent constatées encore dans le cas suivant :

Syphilo-épithélioma de la langue apparu à la suite d'une brûlure; amélioration passagère par l'iodure de potassium, puis aggravation rapide. Mort. — François, cordonnier, 66 ans, entre à la Pitié, dans mon service, le 22 février 1887. Mère morte à 72 ans de bronchite aiguë ; père mort à 55 ans de cause inconnue ; trois frères ont succombé à la phthisie.

Santé habituellement bonne ; a beaucoup fumé jadis ; en 1840, chancre traité avec des pilules ; plus tard, éruption jaunâtre sur le cou et le front.

En novembre 1886, brûlure de la langue en mangeant ; pendant quelques jours, douleur et difficulté de la mastication, puis apparition sur la partie latérale droite de la

---

Ba-Souto, des Be-chuana ; les républiques Hollandaises, le territoire portugais de Lourenço Marques, les Bushmen, les Hottentots, célèbres par la stéatopygie de leurs femmes, les Cafres, etc. Et en suivant vers le Zambèze, Moçambique, Zanzibar, pour terminer notre course au pays des Somal et des Galla de l'est, nous venons constater encore le protectorat allemand de l'Afrique orientale.

Dans ce long et intéressant parcours, il est une chose qui mérite une grande attention, c'est l'avidité très facile à expliquer des puissances européennes, et en particulier de l'Allemagne, pour posséder des colonies. Peut-être, est-ce par un esprit de contradiction avec les gouvernements monarchiques que des hommes qui se posent en républicains-types ne veulent pas que la France en ait ! Et pourtant, aucun peuple, en dépit des sottises qui ont été si souvent répétées, aucun peuple ne colonise mieux que le peuple français ; le jour où son gouvernement, débarrassé des intransigeances et des persécutions de toutes couleurs, pourra administrer sans entraves les intérêts de notre pays, les colonies françaises prendront un beau développement.

Mais ce n'est pas seulement au littoral de l'Afrique méridionale que l'auteur a consacré ses études consciencieuses et sa plume éloquente. L'Afrique, inconnue dans une grande partie de son étendue il y a trente ans à peine, occupe aujourd'hui dans la bibliothèque du géographe presque autant de place que la vieille Europe. Les régions inconnues de l'Afrique ont beaucoup diminué depuis « l'héroïque traversée du continent noir » par Stanley ; et le livre que nous avons sous les yeux donne les descriptions des pays récemment découverts, comme l'auteur sait les faire. Celle du cours

angue d'un bouton blanchâtre qui augmente progressivement de volume, ainsi, du reste, que l'organe tout entier. Un pharmacien délivre un gargarisme qui augmente le mal.

Etat actuel à l'entrée : haleine d'une odeur insupportable ; la langue, considérablement tuméfiée, présente à la vue et au toucher plusieurs nodosités dures. La surface reste ormale à gauche et à la pointe. A 3 centimètres de cette dernière, sur la ligne médiane, nlcération très superficielle de la grandeur d'une pièce de un franc et siégeant sur le sommet d'une nodosité ; plus en arrière encore, toute la partie latérale droite de la langue est recouverte d'une fausse membrane assez épaisse, d'un blanc jaunâtre, adhérente au tissu lingual sous-jacent, lequel paraît un peu ramolli. Le plancher de la bouche est intact ; la langue n'y est point fixée et sort sans peine au dehors ; aux légions sus-hyoïdiennes et sous-maxillaires, des deux côtés, plusieurs ganglions engorgés ; l'un d'eux, à droite, est très dur.

Dans les jours qui suivent, la partie recouverte d'une fausse membrane, et où avait paru le premier bouton, s'ouvre spontanément en donnant issue à d'abondantes matières puriformes ; il en résulte, à droite et vers le tiers moyen, une ulcération à bords irréguliers, déchiquetés, sorte de caverne admettant le bout du doigt, dont le fond est plus large que l'orifice et dont les parois, bien qu'inégales, ne sont point végétantes.

La formation de la caverne a amené une diminution dans le volume total de la langue, qui reste cependant indurée, sauf sur le bord gauche et la face inférieure.

Les douleurs sont à peu près nulles ; le toucher est bien supporté, il ne provoque point d'écoulement sanguin comme en cas d'épithélioma ulcéré.

Les avis sont très partagés sur le diagnostic ; presque tout le monde affirme l'existence d'une gomme et d'une glossite tertiaire. Je soutiens qu'il s'agit d'un hybride, c'est-à-dire d'un épithélioma modifié par la syphilis.

1er mars. — On prescrit l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes. Au bout de quelques jours, le malade se trouve beaucoup mieux. La langue a notablement diminué ; elle est seulement devenue plus sensible au toucher.

9 mars. — L'amélioration continue ; l'induration en certains points a diminué ou disparu ; la caverne est presque comblée ; en revanche, le ganglion sous-maxillaire droit a beaucoup augmenté et cela dans l'espace d'une seul nuit, à en croire le malade. Je vois là un effet de l'iodure de potassium, qui agit si défavorablement sur l'adénopathie épithéliale.

26 mars. — François ne souffrant plus, et se croyant guéri, demande sa sortie. Il

---

du Congo avec son « Chaudron du diable » est une page à lire, en y joignant la carte du bassin de ce fleuve ; de même pour les grands lacs du centre de l'Afrique, par exemple le Tanganyika, qui, inconnu de nos pères, est aujourd'hui sillonné de bateaux à vapeur, qui naviguent aussi sur le Congo !

Je ne m'arrêterai point sur les notions nombreuses et exactes que ce livre renferme relativement aux modifications plus ou moins violentes que la côte africaine a subies ; au développement et aux conditions du système orographique ; aux estuaires et aux cours d'eau ; aux questions de température et de climat ; à la flore et à la faune des différentes régions ; aux croyances religieuses et aux effets funestes de la sorcellerie, etc., etc. Je dois me borner à signaler quelques faits qui me paraissent avoir un intérêt particulier.

L'auteur fait remarquer la tendance, très remarquable en effet, des hommes à se déplacer dans la direction de l'est à l'ouest, suivant la marche du soleil. En Afrique, les migrations poussent les migrations vers la mer occidentale.

Au point de vue de l'hygiène, ce sont les prêtres indigènes, les féticheurs, qui généralement règlent l'alimentation. Dans un grand nombre de localités, l'usage de la viande est interdite aux femmes, et même souvent aux hommes, mais pour ceux-ci d'une manière accidentelle. Chez les Ba-Koundou, dans le Kameroun, il est défendu de manger du poulet sous peine de mort ! Un jeune homme s'étant rendu coupable de ce crime à la table d'un missionnaire, fut mangé lui-même par ses compagnons ! « Un fait remarquable, dit l'auteur, et qui place les Cabinda, ainsi que tous les Ba-Fyot (Gabonie) bien

rentre à l'hôpital le 17 mai. L'état général est mauvais, l'appétit perdu par suite de l'ingestion continuelle des matières septiques formées dans la bouche et qu'aucun moyen hygiénique ne neutralise.

L'état local s'est beaucoup aggravé. La langue fixée au plancher buccal est indurée dans toute son étendue, la partie antérieure seule a peu changé d'aspect parce que la muqueuse y a conservé ses caractères normaux. L'excavation dorsale a repris sa marche et s'est agrandie par la destruction de son bord droit; elle se continue à présent avec une ulcération profonde du sillon linguo-gingival; toute cette surface est le siège d'une sorte de gangrène moléculaire; enfin une nouvelle caverne s'est creusée à gauche vers la base de l'organe.

Les ganglions sous-maxillaires à droite adhèrent à la face profonde de la peau. Ils sont fixés à la mâchoire; à gauche, les glandes forment un amas volumineux : les douleurs, sans être vives, se sont pourtant montrées à la longue; l'iodure de potassium, repris à forte dose, les fait disparaître presque immédiatement, mais l'ulcération gagne rapidement jusqu'aux parties antérieures; des fragments de tissu morbide sont frappés de sphacèle, l'état général devient pire que jamais.

Mort le 25 mai. Autopsie interdite.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Je ferai remarquer d'abord la longue période pendant laquelle la syphilis est restée latente, de 1840 à 1886, ou du moins n'a pas donné de signes manifestes de sa persistance; puis la cause occasionnelle qui a réveillé le mal, une brûlure à la langue en mangeant. Ce pouvoir excitateur de la brûlure vis-à-vis de la réapparition de la syphilis a déjà été constaté par plusieurs observateurs, et l'un d'eux, M. Köbner, en a même fait un moyen de diagnostiquer la syphilis en pratiquant chez des malades des cautérisations qui provoquaient l'apparition de manifestations syphilitiques. (*Berliner klin. Wochens.*, 1879, p. 749.) Chez notre malade, la brûlure a été suivie d'une augmentation immédiate du volume de la langue, qui a fait place ensuite à plusieurs nodosités dures, bientôt ulcérées à leur surface. On ne put bientôt plus douter de l'existence de gommes de la langue.

Mais, outre les caractères propres aux gommes, on en constatait un autre qu'on ne trouve que rarement dans les manifestations superficielles

---

haut parmi les peuples, c'est que la mortalité des enfants est presque nulle; les familles sont peu nombreuses, mais les mères ne perdent point leurs nourrissons et ceux-ci grandissent sans avoir à craindre le rachitisme, ni tant d'autres maladies si communes dans les pays civilisés. Il n'y a point d'infirmes, point de chauves... »!

Les mœurs, comme partout, sont très variables; dans l'île de Fernando-Po, les fiancées, avant de se marier, sont enfermées dans une case où on les engraisse pour le grand jour!! Dans un pays du Kameroun, les femmes, pendant les périodes de deuil, sont obligées de se promener nues en signe de tristesse. Malgré leur état d'infériorité sociale, les femmes, dans plusieurs localités, savent se soutenir, forment des associations défensives, par exemple au Gabon, et osent réaliser de véritables et tenaces grèves féminines!

Une chose odieuse, c'est que les peuplades que nous appelons sauvages trouvent beaucoup de gens plus sauvages qu'elles parmi les étrangers prétendus civilisés qui les fréquentent pour les exploiter. Ces derniers les corrompent, les empoisonnent avec leurs eaux-de-vie, dépeuplent leurs pays en y introduisant la passion du hachish; dans le sud de l'Afrique, des peuples disparaissent massacrés par les blancs!

Terminons en rappelant le fait intéressant de la création de Brazzaville, du nom de « l'homme vaillant, tenace et doux » qui a conquis ces territoires à la géographie. C'est près de là que M. de Brazza « enterra la guerre » entre les noirs et les blancs. Falla ou « Français ». On creusa un trou dans lequel on jeta des balles, des cartouches, des pierres à fusil, de la poudre, et sur la fosse un arbre fut planté. « Nous enter-

de la syphilis tertiaire, c'est-à-dire la douleur, qui a augmenté alors que le volume de la langue et l'induration diminuaient; puis s'y est ajouté l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; alors mon diagnostic, qui avait paru un peu hasardé d'abord à mes élèves, a été pleinement confirmé. L'administration de l'iodure de potassium a eu des résultats passagers et assez contradictoires; au début, ce médicament paraît augmenter les douleurs; à la fin, il les fait disparaître alors que l'état du malade est désespéré; au début également, il semble faire augmenter l'adénopathie épithéliale, bien qu'il conserve jusqu'à la fin le pouvoir de diminuer l'induration propre à la syphilis, sans arrêter pour cela l'extension de l'ulcération cancéreuse.

L'emploi de la médication spécifique m'a donné de meilleurs résultats dans l'observation suivante, où il s'agissait d'une tumeur gommeuse développée à la suite d'une contusion sur un sein atteint de cancer. Dans ce cas, bien que les renseignements fournis par la malade aient été tout à fait négatifs, je me suis prononcé pour l'hybridité syphilo-cancéreuse en présence des caractères et de la marche de la maladie.

Cancer du sein consécutif à une contusion. — Plus tard, apparition de tumeurs gommeuses; amélioration passagère par l'iodure de potassium. — Roche, 44 ans, couturière, de petite taille, maigre et débile, entre à la Pitié le 14 mai 1887. Sa mère a succombé à un cancer du sein gauche, son père à une maladie inconnue. Réglée à 11 ans 1/2, elle a mis au monde et nourri elle-même deux enfants qui jouissent d'une excellente santé, bien que le père soit mort de tuberculose à l'âge de 44 ans.

R... n'a jamais eu de rhumatisme aigu, mais seulement quelques douleurs musculaires vagues après s'être fatiguée; ni hémorrhoïdes, ni gastralgie; les fonctions sont régulières, la menstruation normale.

Minutieusement interrogée, elle nie tout antécédent spécifique, n'ayant jamais remarqué ni boutons, ni ulcérations aux parties génitales, ni à la peau; ni taches, ni éruptions sur la peau; ni ulcérations, ni indurations aux lèvres, à la langue; ni céphalée nocturne, ni lésions aux os superficiels, ni douleurs ostéocopes. Les organes des sens sont normaux et les grands viscères, cœur, poumons, foie, rein, etc., fonctionnent convenablement.

---

rons la guerre si profondément, dirent les chefs, que ni nous ni nos enfants ne pourront la déterrer, et l'arbre qui poussera ici témoignera de l'alliance entre les blancs et les noirs..... »

Ai-je besoin de faire ici l'éloge de cette grande publication? Comme on l'a dit ailleurs, et comme on ne saurait trop le répéter, le volume dont je viens de donner une idée a « un intérêt multiple : intérêt de nouveauté, puisque nous y trouvons pour la première fois une vue d'ensemble de régions jusqu'à présent inconnues; intérêt patriotique, puisque la France peut revendiquer une bonne part dans les voyages d'exploration qui les ont révélées au monde, et qu'elle y possède un des plus beaux fleurons de son domaine colonial. »

Dr G. RICHELOT père.

COTON SALICYLÉ.

Acide salicylique pur........................	10 grammes.
Alcool concentré..............................	100 —
Glycérine	1 gramme.
Coton purifié..................................	100 grammes.

On dissout l'acide salicylique dans l'alcool, on ajoute la glycérine; on imbibe de la solution le coton purifié; on l'exprime, on le sèche, puis on le détire, et on le conserve dans des flacons bouchés. — Ce coton antiseptique est employé pour les pansements utérins. — N. G.

Il y a deux ans, une contusion atteignit le sein droit; presque immédiatement survint au point blessé une induration du volume d'un œuf de pigeon qui, loin de disparaître, persista avec son volume et sa consistance.

Il y a quatre mois, la tumeur s'accrut un peu, le mamelon se rétracta et laissa suinter un liquide visqueux, blanchâtre et sans odeur.

Il y a deux mois, parut à la surface du sein une série de nodosités dures, épaisses, siégeant dans l'épaisseur même de la peau, mobiles sur les parties profondes, semblables, comme forme et volume, à de petites lentilles rougeâtres. En même temps, la tumeur mammaire augmentait continuellement et acquérait le volume d'une petite mandarine aplatie; bientôt elle rougissait à son sommet et s'ouvrait par sphacèle limité de la peau; l'ouverture donna issue à des matières demi-solides imprégnées de sang et de sanie, et se métamorphosa en une ulcération cratériforme, à bords décollés et taillés à pic, à fond dur, noueux, bosselé, reposant sur le muscle grand pectoral auquel il adhère fortement, et dans la masse duquel il semble même pénétrer.

Dans l'espace de quinze jours, cette ulcération doublée de dimensions arriva à mesurer environ 5 centimètres de diamètre sur 3 au moins de profondeur; c'est alors que mon chef de clinique la vit pour la première fois et fut si frappé de son aspect tout spécial qu'il engagea la malade à entrer dans nos salles.

A la visite du 15 mai, je fis voir aux élèves combien cette ulcération ressemblait à une excavation gommeuse en voie de détersion et, malgré les dénégations de la patiente, je n'hésitai pas à diagnostiquer sur la même mamelle la coexistence d'un cancer cutané et d'une gomme profonde, peut-être développée primitivement dans le muscle grand pectoral et n'ayant envahi la glande que secondairement.

En conséquence, je prescrivis, outre les pansements détersifs, le proto-iodure et l'iodure de potassium; l'action de ces médicaments fut si rapide qu'il fallut se hâter pour faire constater les caractères spécifiques de l'ulcération au professeur Fournier, qui confirma absolument le diagnostic.

En moins d'une semaine de traitement, l'ulcération avait non seulement cessé de s'agrandir, mais s'était totalement modifiée par l'abaissement et le recollement des bords, l'élévation du fond, promptement recouvert de bourgeons de bonne apparence et les qualités louables de la suppuration.

Vers le vingtième jour, tout était cicatrisé, et il ne restait qu'une dépression recouverte d'une croûte mince et brunâtre.

La malade se croyant guérie demanda sa sortie.

Les nodosités cutanées, ainsi que deux petits ganglions fort durs situés au bord antérieur de l'aisselle et dans le triangle sus-claviculaire, n'avaient subi aucun changement, ni en bien ni en mal, par le fait du traitement spécifique, que j'avais fait bientôt supprimer. C'est le contraire de ce qui eut lieu dans le cas précédent, où nous avons noté une aggravation de l'adénopathie sous l'influence de l'iodure de potassium.

Quant à l'opération radicale, c'est-à-dire à l'ablation de la mamelle, je ne songeai point à la pratiquer, sachant qu'elle est tout à fait inutile dans ces formes de cancer disséminé du tégument. J'ai, en effet, autrefois, alors que je n'avais encore que des notions vagues sur l'hybridité cancéro-syphilitique de la mamelle, pratiqué cette opération, comme on peut le voir dans la thèse de doctorat de M. le docteur Landreau, soutenue en 1874; mais je n'ai obtenu que des résultats peu satisfaisants, et j'ai renoncé depuis lors à intervenir en pareils cas. — L.-H. P.

BIBLIOTHÈQUE

SOUVENIRS D'UN SAVANT FRANÇAIS — A TRAVERS UN SIÈCLE (1780-1865) — SCIENCE ET HISTOIRE; par Léon DUFOUR, membre correspondant de l'Institut. — Un vol. in-8°, avec portrait et vignettes. — Paris, J. Rothschild, éditeur. — 1888.

Léon Dufour, né le 11 avril 1780, à Saint-Sever sur l'Adour, mort le 18 avril 1865, fut un botaniste et un entomologiste extrêmement distingué. Il appartenait d'ailleurs à la grande famille médicale française, et nous avons le droit de le revendiquer comme un de nos plus méritants et de nos plus honorés confrères. Pendant toute sa vie, il eut le courage persévérant de consigner par écrit tous les événements dont il était le témoin ou qui le touchaient personnellement, « au moment même où ils se passaient »; créant ainsi, comme il le dit, « une chronologie authentique et vivante ». C'est la réunion de toutes ses notes, recueillies après sa mort et classées par ses deux fils avec tout le soin que peut inspirer l'amour filial, qui constitue le volume que nous avons sous les yeux et qu'on ne saurait lire avec indifférence.

Dans ce livre, dont le style est d'une simplicité charmante et où les sentiments exprimés sont toujours honorables, les faits abondent, tel que celui des officiers républicains du 18e régiment de dragons, qui, étant en garnison à Saint-Sever, la ville natale de notre auteur, à l'époque de la mort de Robespierre, s'emparèrent de la tribune du club de cette ville, pour combattre les crimes de la Terreur : « La démagogie fut terrassée et la terreur disparut avec la guillotine ». Un autre fait intéressant est celui de l'entrevue de Dufour avec l'impératrice Joséphine; et tant d'autres.

Homme de travail et de science, doué d'une grande activité, Dufour s'est trouvé en relations avec la plupart des hommes célèbres de son temps, et il est curieux de suivre ses jugements sur eux et les portraits qu'il trace de leurs personnes. Sous ce rapport, ses notes sont précieuses, aussi bien au point de vue politique et général, qu'au point de vue particulier de la science.

Une grande partie du volume est occupée par le récit de la *Campagne médico-militaire* de Dufour en Espagne. La guerre « aussi injuste que désastreuse » d'Espagne est bien connue; cependant, les notes de Dufour seront toujours utiles, car il raconte des faits qu'il a vus de ses propres yeux, et il ne peut les raconter que loyalement.

C'est avec raison que les pieux éditeurs des *Souvenirs d'un savant français* ont placé en tête du livre de leur père cette épigraphe : *Science et histoire*. En effet, les considérations scientifiques et les récits des événements historiques s'y croisent en grand nombre. Le livre est terminé par des notes complémentaires émanées des fils de Dufour et où nous lisons ces belles paroles de leur père, qui font si bien juger l'homme : « Si j'avais à recommencer ma vie, je vivrais comme j'ai vécu. »

Dufour a produit beaucoup de travaux scientifiques, plus de deux cents, dit-il. Notre distingué et savant confrère, le professeur Laboulbène, qui a été son élève, en a donné la liste. Voyez *Liste des travaux d'entomologie* publiés par Léon Dufour, recueillie et annotée par le professeur A. Laboulbène (*Annales de la Société entomologique de France*, 4e série, t. V, 1865). — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre. — Présidence de M. LANNELONGUE.

SOMMAIRE : Des épanchements pleurétiques chez les femmes atteintes de kystes de l'ovaire; discussion. — Communication sur une série de 35 ovariotomies; discussion. — Elections pour le renouvellement du bureau. — Présentation d'instrument.

M. DEMONS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant, fait une communication relative aux épanchements pleurétiques

survenant chez les femmes atteintes de kystes de l'ovaire. Il ne s'agit que des épanchements pleurétiques vulgaires qui surviennent dans l'évolution des kystes de l'ovaire, également de nature ou d'origine commune.

Sur une cinquantaine de malades atteintes de kystes de l'ovaire, M. Demons a observé dix fois cette complication. La symptomatologie était variable, suivant l'abondance de l'épanchement et aussi suivant d'autres conditions particulières aux malades. Il y avait tantôt une oppression extrême produite par l'abondance de l'épanchement et la compression du poumon, tantôt une absence complète de dyspnée, si bien que la découverte de l'épanchement a été parfois le résultat d'une circonstance accidentelle.

Examinant la question au double point de vue du diagnostic et du pronostic, M. Demons dit qu'il importe de faire une distinction entre ces épanchements, suivant qu'ils sont symptomatiques de l'existence d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne. Ce diagnostic dela nature de la tumeur est basé essentiellement sur l'étude attentive de la marche de la maladie, la constatation de l'état général, etc., etc.

Au point de vue thérapeutique, M. Demons discute la question de savoir s'il convient de traiter d'abord l'épanchement avant d'en venir à l'ovariotomie, ou s'il n'est pas préférable de pratiquer l'opération sans se préoccuper de l'épanchement. Pour sa part, convaincu que l'épanchement est la conséquence directe de l'existence de la tumeur ovarienne, il a toujours procédé à l'ovariotomie sans en tenir compte, à moins que l'abondance du liquide ne fût une cause de grande gêne de la respiration, auquel cas il a eu recours, soit à l'application de vésicatoires, à l'administration des purgatifs et des diurétiques, soit même quelquefois à la thoracentèse. Dans les cas ordinaires, où il a cru devoir opérer les malades sans se préoccuper de l'épanchement, il n'a pas eu à se repentir de cette manière de faire; car toutes ses malades ont guéri sans accidents, et la disparition du liquide a suivi très rapidement l'ovariotomie.

M. Terrier a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas de ce genre, et contrairement à l'opinion exprimée par M. Demons, il est porté à attribuer à cette complication un caractère sérieux au point de vue du pronostic. Il a vu, comme règle presque absolue, ces épanchements survenir dans les cas de tumeur ovarique avec généralisation cancéreuse. Ils ont pour caractère de se reproduire invariablement après la thoracentèse, ou après le traitement pharmaceutique.

M. Terrier déclare, d'ailleurs, qu'il ne parvient pas à s'expliquer l'origine de ces épanchements, les explications qu'on en a données ne lui paraissant pas suffisantes.

M. Terrier est d'avis que cette complication ne doit empêcher en aucun cas l'intervention chirurgicale. La malade n'a jamais rien à perdre, elle a, au contraire, toujours à gagner à cette intervention.

M. Bouilly a pratiqué trois fois l'opération de l'ovariotomie chez des femmes de 40 à 50 ans ayant des épanchements pleurétiques. Dans ces trois cas, l'épanchement, qui avait résisté à tous les moyens thérapeutiques, a disparu comme par enchantement après l'opération.

Ces faits semblent démontrer, d'une part, que les épanchements pleurétiques compliquant les tumeurs ovariennes n'ont pas la gravité que M. Terrier leur attribue; d'autre part, qu'ils ne doivent jamais être considérés comme des contre-indications à l'intervention chirurgicale.

M. Championnière possède plusieurs observations de kystes de l'ovaire compliqués d'épanchement pleurétique. Dans certains cas, il a vu l'ovariotomie être suivie d'une résorption rapide. Dans d'autres, l'épanchement lui a paru donner au pronostic un caractère sérieux, par suite de sa coïncidence avec une tumeur de nature maligne. Dans ces derniers cas, l'examen de l'urine, toujours rendue en petite quantité, a montré comme caractère constant l'existence d'une très faible proportion d'urée. M. Championnière partage complètement l'opinion de ses collègues sur l'utilité de l'intervention opératoire dans tous les cas.

M. Terrillon, sur un nombre déjà considérable d'ovariotomies, a observé un petit nombre de fois la complication dont il s'agit. Une seule fois cet épanchement accompa-

gnait la présence d'une tumeur de nature maligne. Il a vu le plus ordinairement des épanchements pleurétiques, même très considérables, se résorber rapidement et sans retour après l'opération.

M. Terrillon admet, avec ses collègues, deux variétés d'épanchement pleurétique : l'une compliquant les tumeurs malignes; l'autre, plus commune, dans laquelle le liquide se résorbe complètement après l'opération, sans autre traitement.

M. Verneuil pense qu'il n'y a rien autre chose faire, quant à présent, que d'enregistrer les faits, sans s'occuper de leur pathogénie qui échappe encore à toute explication. Il y a lieu d'admettre l'influence de causes tantôt infectieuses, tantôt mécaniques. Dans les kystes hydatiques du foie, on ne peut arguer ni du volume de la tumeur, ni de sa nature infectieuse pour expliquer l'épanchement pleurétique. D'autre part, M. Verneuil observe actuellement une femme qu'il croit atteinte de sarcome de l'utérus; cette malade est affectée d'épanchement pleurétique, bien que sa tumeur soit située dans le petit bassin ; ce n'est pas ici une action mécanique qui est en cause.

— Une série de scrutins a eu lieu dans le courant de la séance pour le renouvellement du bureau ; ont été élus : *Président*, M. Polaillon ; — *vice-président*, M. Le Dentu ; — *1er secrétaire*, M. Charles Monod ; — *2e secrétaire*, M. Pozzi. Toutes ces élections ont été faites à l'unanimité.

— M. Terrillon communique une nouvelle série de 35 ovariotomies. Sur ce nombre, il n'a perdu que quatre malades; les vingt dernières opérées ont guéri sans exception.

Les quatre qui ont succombé sont mortes par des causes étrangères à la péritonite et à l'infection. Elles étaient toutes dans un état grave, antérieur à l'opération ; l'ablation du kyste a nécessité des manœuvres étendues et prolongées. M. Terrillon peut donc affirmer que, dans cette série, il a pu mettre ses malades à l'abri des causes d'infection et de péritonite ordinairement si redoutées.

L'auteur estime que l'état d'affaiblissement des malades n'est pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale. Souvent, dans les conditions en apparence les plus défectueuses, il a obtenu des succès inespérés.

M. Terrillon revient sur le détail des manœuvres antiseptiques dont il cherche à ne jamais se départir. Il proscrit le spray comme inutile, gênant et même dangereux. Il supprime également les éponges ordinaires, leur préférant un tissu de coton, sorte de tissu-éponge fort en usage en Allemagne. Ce tissu a pour avantage de pouvoir être soumis à l'ébullition dans l'eau et rendu ainsi facilement aseptique ; son bas prix permet de ne le faire servir qu'une fois, ce qui est un autre avantage.

Le lavage du péritoine à l'eau bouillie, indispensable dans les cas compliqués, inutile dans les cas simples, a rendu à M. Terrillon de grands services.

Parmi les soins consécutifs, il pose comme une règle absolue de faire fonctionner l'intestin rapidement, de façon à faciliter l'évacuation des gaz qui tourmentent les malades, provoquent des coliques et souvent, remontant par l'estomac, occasionnent des nausées et des vomissements. Le calomel, les eaux purgatives magnésiennes, l'huile de ricin sont employés utilement à cet effet.

M. Trélat ne pense pas qu'il soit nécessaire d'aller chercher en Allemagne ces tissus-éponges dont parle M. Terrillon. Il y a fort longtemps que, pour sa part, M. Trélat emploie dans son service du coton ou de la gaze chimiquement purs et rendus aseptiques par l'immersion dans une solution de bichlorure de mercure.

M. Pozzi a l'habitude de se servir, lui aussi, d'éponges végétales qui ont l'avantage de pouvoir être soumises à l'ébullition, de manière à être privées de germes. Ces tissus sont extrêmement faciles à manier et rendent les plus grands services. On peut en coiffer les extrémités des doigts et les porter jusque dans les coins et recoins des cavités naturelles.

M. Pozzi considère aussi comme une pratique excellente de purger les malades qui ont subi l'ovariotomie. L'usage de donner de l'opium lui paraît détestable à cause du développement de gaz qu'il provoque dans l'intestin et qui sont l'origine de coliques extrêmement pénibles.

M. Terrier emploie depuis longtemps des compresses trempées dans un liquide antiseptique pour les opérations qu'il pratique dans la cavité abdominale. Il les conserve dans le liquide antiseptique jusqu'au moment de s'en servir. Il considère l'eau bouillie comme insuffisamment antiseptique. Il purge ses malades avec des lavements d'acide borique.

M. Championnière s'est toujours servi avec avantage d'éponges ordinaires à larges cellules ; il les considère comme très suffisamment aseptiques et ne sent nullement le besoin de substituer à l'éponge animale, qui a fait ses preuves, les tampons de coton et autres tissus-éponges dont il vient d'être question.

— M. Horteloup met sous les yeux de ses collègues un bistouri de poche construit par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. — A. T.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le nouvel Institut d'anatomo-pathologie de l'Université de Marbourg, commencé en août 1886, est aujourd'hui achevé ; les frais d'installation se sont élevés à 209,580 marcks. L'édification des bâtiments, de style gothique, a coûté 231,250 francs. Amphithéâtres, salles de dissection, laboratoires de chimie, de physiologie, de microcospie, salles d'expériences sur les animaux, rien ne laisse à désirer.

Beri-beri. — Le gouvernement hollandais a proposé aux Chambres de conserver et d'entretenir pour favoriser des études du même genre le laboratoire qu'avait installé, à Weltrede (Batavia), le professeur Pekelharing pour ses recherches sur le béri-béri.

Signalons à ce propos que M. Vandendriesche, vice-quartier-maître à Padau (Sumatra), a envoyé au Sénat belge, au président de la République française et à l'Académie des sciences un mémoire tendant à démontrer que le béri-béri est causé par l'ingestion de riz avarié et non mûr. Les mesures prophylactiques à prendre servent de conclusions à ce travail. — Ch. S.

COURRIER

Concours des prix de l'internat. — Le concours de la médaille d'or vient de se terminer par les nominations suivantes :

Médaille d'or, M. Girode.

Médaille d'argent, M. Lejars.

Première mention, M. Barbier.

Deuxième mention, M. Polguère.

On sait qu'aux deux premières places de ce concours est attachée maintenant une bourse de voyage.

— Le concours pour la nomination aux places vacantes de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris s'est terminé vendredi soir, 16 décembre 1887, par la nomination des médecins dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

1. MM. Decaudin, Mérigot de Treigny, Planteau, Dubief, Gény, Barbilion, Courtin, Plateau, Fournel, Monnet.

11. Bœhler, Marciguey, Bernard, Saison, Reuflet, Gougelet, Le Roy, Goureau, Geneix, Marey.

21. Goldstein-Orval, Yvon, Godet, Bocquet, Jacquemart, Alexandre, Bernhem, Weill, Binaut, Retaud.

31. Thoumas, Savoye, Pastol, Petit (Léon), Barbe, Veilleau, Rollin, Duron, Braine, Dusseaud.

Faculté de médecine de Paris. — Le jury du concours du prix Barbier a décidé de décerner un prix de douze cents francs à M. Mergier, préparateur du cours de physique

de la Faculté, pour un photomètre destiné à la mesure des constantes optiques, des objectifs et des oculaires de microscope, ainsi que du microscope lui-même, considéré dans son ensemble.

Un encouragement de trois cents francs est accordé à M. le docteur Crouzat, préparateur du cours d'accouchement de la Faculté, pour un nouveau forceps.

Le reliquat du prix Barbier (500 francs) est attribué à la bibliothèque de la Faculté.

— Nous recevons la lettre suivante :

Tulle, le 19 décembre 1887.

Monsieur,

Dans son asssemblée générale du 25 août dernier, la Société de Prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Corrèze, a décidé d'ouvrir une souscription pour élever au baron Alexis Boyer un monument dans sa ville natale.

Né le 1er mars 1757, à Uzerche (Corrèze), d'une famille peu fortunée, Alexis Boyer a su s'élever par son intelligence et par un travail opiniâtre à une des plus grandes situations médicales du commencement du XIXe siècle. Ancien premier chirurgien de Napoléon 1er, il était à l'époque de sa mort, en 1833, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Pasis, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, membre de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Légion d'honneur. Il laissait de nombreux mémoires, un excellent ouvrage d'anatomie en quatre volumes et surtout son magnifique traité des maladies chirurgicales.

Le baron Boyer n'est pas seulement une des grandes illustrations de la Corrèze, mais encore une des gloires de la chirurgie française. Elever à sa mémoire un monument dans la ville qui l'a vu naître, est une œuvre à laquelle nous vous prions de vouloir bien vous associer par votre souscription et par celles que vous pourrez recueillir.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Les membres de la commission :

Docteurs : Longy, président de la Société des médecins de la Corrèze ; Vergne, vice-président ; Pasquet, secrétaire-trésorier ; Vacher, Labrousse, Dellestable, députés de la Corrèze.

N.-B. — Les souscriptions seront adressées à M. le docteur Pasquet, à Uzerche (Corrèze).

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — Nous sommes heureux d'apprendre que le Comité consultatif de santé et le Conseil de perfectionnement de l'Ecole du Val-de-Grâce viennent de présenter en première ligne, pour la chaire de législation et d'administration militaires récemment créée, M. le docteur Robert, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce.

— Le concours de l'internat de l'Asile de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : — 1° internes titulaires : MM. Royet et David ; 2° interne suppléant : M. Mathieu.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. Ernest Besnier (année 1888). — Mardi, opérations dermatologiques, lupus, acnés, etc. — Mercredi, dermatophyties, teignes, alopécies diverses. — Vendredi, consultation externe. — Samedi, clinique.

— La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin ; elle fournit subvention et logement. Pays de chasse et de pêche. Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

Le Gérant : **G. RICHELOT.**

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Note sur un fait de syphilis à évolution anormale,

Par H. HALLOPEAU,

Agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Un des principaux caractères de la syphilis est de se traduire par des manifestations qui se modifient suivant des règles à peu près fixes dans leur forme et leur localisation à mesure que la maladie avance dans son évolution. Le contage ne suscite plus à la période tertiaire les mêmes réactions que précédemment, sans doute parce qu'il se modifie lui-même.

On peut admettre, en thèse générale, que les affections syphilitiques sont d'autant plus circonscrites et d'autant plus profondes que la maladie est plus ancienne; leur marche est progressive et non rétrograde; il est de règle que l'on ne voie plus les exanthèmes généralisés des premiers temps se reproduire quand des lésions circonscrites et profondes se sont manifestées et réciproquement; ces dernières appartiennent presque exclusivement aux périodes avancées de la maladie. Il en est ainsi dans la presque totalité des cas. On ne peut dire cependant que ces lois aient une valeur absolue, et ce travail a précisément pour but d'établir qu'elles comportent des exceptions.

On peut voir des affections généralement tardives se produire dans les premiers temps de la maladie; telles sont, en particulier, les périostoses et les encéphalopathies. Nous avons constaté cette année même, à Saint-Louis, chez un malade de notre consultation, porteur, depuis deux mois, d'un chancre induré et atteint d'une syphilide papuleuse, l'existence de deux périostoses : l'une occupait le haut du pariétal gauche, mesurait environ 2 centimètres de diamètre et faisait une saillie de 4 à 5 millimètres; l'autre siégeait à la partie supérieure du frontal, du même côté. Finger (1) a également vu des périostoses multiples coïncider avec une roséole chez une femme dont la syphilis ne remontait qu'à deux mois. Un syphilitique âgé de 39 ans, entré dans notre service le 3 janvier 1887, au n° 69 de la salle Bichat, était atteint d'une hémiplégie qui avait débuté six mois après le chancre. Ces faits ne sont pas très rares; MM. Fournier, Lancereaux et Vidal en ont cité des exemples.

Inversement les mêmes accidents qui se manifestent d'ordinaire au début de l'infection générale peuvent se produire de nouveau ultérieurement; la roséole peut récidiver une ou plusieurs fois, elle est dite alors roséole de retour; il en est de même des syphilides papuleuses; le fait est cependant exceptionnel pour ces dernières et ne s'observe guère que pendant les deux premières années de la maladie, alors que les accidents tertiaires n'ont pas encore paru. L'observation suivante montre qu'il peut se produire plus tardivement, et après des lésions localisées et profondes, une éruption papuleuse généralisée :

(1) Finger : *Wien. med. Wochensch.*, 1881.

La nommée V..., âgée de 49 ans, entre, le 24 juillet 1884, à l'hôpital Saint-Louis, salle Biett, n° 6. Antérieurement d'une bonne santé, elle a contracté, au commencement de l'année 1880, une syphilis qui s'est traduite dans le courant de février par une éruption généralisée de taches saillantes; en novembre, des accidents analogues se sont manifestés, concurremment avec une céphalalgie à exacerbations nocturnes. La malade a fait alors à Saint-Antoine un séjour de deux mois.

En 1883, elle entre à Saint-Louis pour un mal de gorge qui y est traité par des cautérisations et l'iodure de potassium. Après sa sortie de l'hôpital, elle ne suit son traitement que d'une manière irrégulière; elle éprouve de la gêne de la parole et de la déglutition; bientôt les aliments lui sortent par le nez, des fragments d'os sont éliminés: il s'est fait une perforation de la voûte palatine.

Vers cette époque apparaissent des lésions cutanées qui ont dû être profondes, à en juger par les traces qu'elles ont laissées. On voit, en effet, sur les membres, un certain nombre de cicatrices en partie décolorées, en partie pigmentées en brun; leurs bords sont irrégulièrement arrondis ou ovalaires, leur surface est légèrement déprimée, leur diamètre varie de 1 à 3 centimètres.

L'éruption pour laquelle la malade entre actuellement à l'hôpital a débuté au mois de mars dernier, plus de quatre ans après l'accident primitif : localisée d'abord à la poitrine, elle s'est étendue peu à peu, lentement, par poussées successives à l'abdomen, aux bras, aux membres inférieurs et enfin à la face, envahissant ainsi toute la surface des téguments.

Actuellement elle est caractérisée par des papules du volume d'une tête d'épingle, légèrement saillantes, d'une couleur rouge brunâtre, entourées à leur base d'une collerette épidermique et non prurigineuse; elles sont dispersées le plus souvent en groupes irrégulièrement circulaires dont les dimensions égalent tantôt celles d'une lentille, tantôt celles d'une pièce de 1 franc; par places, et particulièrement dans le dos et sur les épaules, ces petits groupes sont agglomérés de manière à former de grandes plaques irrégulières que séparent des intervalles de peau saine.

L'éruption est généralisée; elle présente, dans plusieurs régions, des caractères un peu différents de ceux que nous venons d'indiquer : dans les paumes des mains, les papules se sont affaissées, l'éruption n'est représentée que par des taches d'un rouge brun qu'entoure un soulèvement épidermique; sur les bras, les papules, en plusieurs points, se confondent de manière à former des cercles; aux cuisses, aux genoux et à la partie postérieure des jambes, l'éruption est très confluente, mais les saillies sont fort peu prononcées et leur coloration est éteinte; elles donnent à la main la sensation d'une peau de chagrin; au devant de la jambe, on voit des taches d'un rouge vif, circulaires, entourées d'une légère aréole brunâtre; à la plante des pieds, on distingue plusieurs groupes de taches brunâtres disposées en cercle, sans épaississement de l'épiderme.

A la face, l'éruption est surtout marquée au front, autour du nez et au menton; elle se compose de papules plates, lenticulaires, à peine saillantes, d'un rouge cuivreux, légèrement squameuses; elles sont groupées de manière à former des festons irréguliers. En plusieurs points, les saillies ont disparu; il ne reste que des macules peu colorées et desquamant légèrement. L'éruption s'étend jusqu'à la limite du cuir chevelu; on voit quelques croûtes au sommet de la tête.

Depuis cinq mois, la malade a éprouvé des douleurs dans les oreilles et elle est devenue sourde; on voit des papules érodées dans le conduit auditif externe, près du tympan. L'examen de la cavité buccale dénote l'existence d'une vaste perforation de la voûte et du voile du palais; ovalaire, elle atteint, d'avant en arrière, le diamètre d'une pièce de cinq francs. Le voile du palais et les amygdales sont complètement détruits. On aperçoit, au fond de l'excavation, le vomer ainsi que les cornets moyens et inférieurs. La perte de substance s'étend, en avant, jusqu'à 1 centimètre 1/2 de l'arcade dentaire. L'état général est satisfaisant.

La malade est soumise au traitement mixte; elle prend d'abord d'une manière continue 2 grammes d'iodure de potassium en même temps que deux cuillerées de sirop de Gibert.

Le 20 septembre, nous prescrivons, en place du sirop bi-ioduré, des frictions mercurielles; au bout de huit jours, des accidents de stomatite contraignent de les cesser; l'éruption ne se modifiant pas d'une manière appréciable, tout traitement spécifique est suspendu au commencement d'octobre, sur le conseil d'un collègue pour lequel le diagnostic est incertain; il se fait peu après une nouvelle poussée sur la face et les membres supérieurs. Au front, les éléments sont plus volumineux que précédemment; ils sont papulo-tuberculeux.

Le 8 novembre, on revient au traitement spécifique; la malade prend chaque jour deux pilules de proto-iodure à 0,05 et 4 grammes d'iodure de potassium.

Le 29 novembre, l'éruption s'est très notablement modifiée. A la face, les papules se sont affaissées; beaucoup d'entre elles ont disparu; la plupart des autres ne sont plus représentées que par des macules d'un rouge pâle; de même, aux membres supérieurs, il n'y a plus guère que des taches; on voit seulement quelques éléments faire encore une légère saillie; leur surface desquame; sur le tronc, les papules ont toutes fait place à des taches qui ne disparaissent qu'incomplètement sous le doigt. Aux membres inférieurs, les saillies sont remplacées par de légères dépressions; la surface de l'épiderme est ridée et comme gaufrée à leur niveau; leur couleur est d'un brun foncé.

Le 2 décembre, la malade sort de l'hôpital.

Le 11 décembre, la malade se présente à la consultation. L'éruption a continué son évolution rétrograde, elle n'est plus constituée que par des taches d'une couleur brune ou violacée.

Le 5 février 1885, une nouvelle éruption s'est, depuis huit jours, produite à la face : on voit sur la lèvre inférieure, sur les paupières inférieures et sur le tragus, du côté gauche, des papules surmontées de croûtelles.

Le 19 mars, il existe au devant de chaque oreille un groupe de papules disposées en arc de cercle.

Le 9 juillet, il ne reste plus trace de l'éruption lichénoïde généralisée. On voit au devant des oreilles les éléments ulcéreux précédemment indiqués. De nouvelles lésions intéressent le nez, dont l'extrémité est tuméfiée, rouge, indurée, excoriée par places; une ulcération occupe l'orifice des narines et s'étend profondément dans les fosses nasales. Ces manifestations sont actuellement circonscrites et profondes, comme il est de règle à cette période de la maladie; la syphilis a repris son cours normal, sans doute sous l'influence du traitement.

En résumé, cette malade, *plus de quatre ans après le début d'une syphilis qui avait donné lieu à des lésions ulcéreuses circonscrites de la peau et à une perforation de la voûte palatine, a été atteinte sur toute la surface du corps d'une éruption constituée par des papules légèrement saillantes et d'aspect lichénoïde.* Nous nous sommes demandé s'il s'agissait bien là d'une syphilide; l'hésitation n'a pu être de longue durée, car les caractères de l'affection cutanée ne permettaient de penser ni à un eczéma, ni à un psoriasis, ni même à un lichen; notre diagnostic a d'ailleurs été confirmé par MM. Fournier et E. Besnier, et aussi par l'action du traitement qui s'est produite tardivement, mais d'une manière évidente.

Cette éruption papuleuse tardive a différé notablement de la syphilide papuleuse secondaire; les éléments, de très petites dimensions, se groupaient en cercle ou en arcs de cercle; leur coloration était sombre ou cuivrée; ils ne s'effaçaient qu'incomplètement sous le doigt. Ce sont là des caractères qui appartiennent aux roséoles tardives. L'affection de notre malade a présenté un autre trait particulier aux syphilides lichénoïdes : nous voulons parler de sa *durée* relativement considérable et de sa *résistance au traitement;* ayant débuté au mois de mars, elle n'a rétrocédé qu'à la fin de novembre, après plusieurs mois d'une médication énergique.

Nous n'avons donc pas eu affaire à une syphilide papuleuse vulgaire, et

ce seul fait éloigne l'idée d'une réinfection. Il s'agit d'un cas exceptionnel dans lequel *la maladie, après avoir donné lieu à des lésions circonscrites et destructives, s'est traduite de nouveau par des manifestations généralisées et superficielles*. Nous ne pouvons, dans l'état actuel de nos connaissances, déterminer quelle a été la cause de cette évolution anormale, pas plus que nous ne pouvons pénétrer la condition prochaine des modifications que présente la syphilis, dans ses différentes périodes, chez les différents individus qui en sont atteints.

BIBLIOTHÈQUE

EMPOISONNEURS — EMPOISONNÉS — VENINS ET POISONS — leur production et leurs fonctions pendant la vie — dangers et utilité pour l'homme, par A. COUTANCE, ancien professeur aux écoles de médecine navale. — Paris, J. Rothschild, éditeur, 1888.

L'auteur, dans ses études sur le *Struggle for life*, a été vivement frappé et profondément ému des grandes scènes de combat entre toutes les créatures vivantes et de l'effroyable et cruelle combinaison en vertu de laquelle il n'y a point de vie sans la mort, qui fait de la mort la source nécessaire de la vie, à tel point que « le meilleur moyen de multiplier la vie, c'est de répandre la mort ! » Or, ayant remarqué le rôle considérable que joue le poison dans l'accomplissement de cette grande et impitoyable loi de la nature, il a conçu l'idée vraiment originale d'écrire l'histoire complète du poison, mais du poison « auxiliaire de la vie, et se montrant, dès l'origine de celle-ci, dans l'animal ou dans la plante... Histoire pleine de surprise et d'intérêt... » Et il a donné à son travail des développements savants et ingénieux, qui justifient ces deux derniers mots.

Il commence par définir le poison, puis il le poursuit d'abord dans le monde minéral, et nous fait voir, par exemple, comment l'air est « un poison pour des milliards d'êtres, surtout quand cette action s'exerce au soleil. C'est l'air qui nous débarrasse de ces cohortes pullulantes de bactéries dont la prolification est telle que, trois jours après, la descendance d'un seul individu, dont il faut 636 millions pour faire un poids d'un milligramme, pèserait 7,500 tonnes... Nous trouvons deux fois la vie dans l'air, une première fois parce qu'il revivifie notre sang, une seconde fois parce qu'il est le poison de son ennemis les plus puissants et les plus nombreux. » Voilà certes un bel exemple de l'utilité du poison pour les hommes. On pourrait demander pourquoi, dans la création, l'existence de ces terribles bactéries ? Mais nous n'aurions pas de réponse !

Après le monde minéral, l'auteur pénètre dans le monde vivant pour y continuer sa curieuse étude sur le poison. « Le poison dans la nature ! s'écrie-t-il ; l'association de ces deux mots fait rêver. Eh! quoi, cette nature où l'intelligence, la puissance, la bonté et la beauté se révèlent de toutes parts, ne serait qu'une empoisonneuse ! » Il faut bien accepter ce qu'on ne peut empêcher ; il est vrai que l'auteur s'occupe du poison principalement au point de vue de son utilité.

Il l'étudie chez les animaux, à tous les degrés de l'échelle zoologique, chez les invertébrés, chez les vertébrés, en particulier chez les reptiles. Puis, il va le chercher dans le monde végétal, et enfin chez l'homme, soit qu'il décrive l'homme comme producteur de poison, soit qu'il le représente comme s'armant du poison pour sa propre défense. « Toute la médication parasitaire, dit-il, qui dans ces derniers temps a pris un si grand développement, et qui, bientôt peut-être, sera toute la thérapeutique, repose sur l'emploi judicieux du poison. »

Le livre de M. Coutance est rempli de faits d'un grand intérêt scientifique ou de curiosité, qu'il communique à ses lecteurs avec une plume tantôt sérieuse, tantôt surtout spirituelle, et qu'on voudrait pouvoir citer tous : le trigonocéphale utile à la Martinique pour la destruction des rats, qui sans lui anéantiraient une grande partie des récoltes de la canne à sucre ; le mode d'empoisonnement et la description des appareils à

venin des animaux dangereux ; les effets terribles de la piqûre d'une raie ; les recherches de M. Armand Gautier sur la nature chimique du poison des serpents ; la question des serpents contre serpents ; les expériences de M. Urueta ; le monde des serpents ; la théorie de l'évolution au point de vue du poison des bêtes qui en sont douées ; finalité du poison chez les plantes ; la fabrication du curare ; etc., etc, etc.

« Le poison est partout », nous dit l'auteur, qui a versé dans son livre une foule de notions de chimie, de physiologie, de pathologie, d'histoire naturelle, etc., etc. ; le tout éclairé par une philosophie rationnelle ou scientifique, qui laisse bien au-dessous d'elle la philosophie métaphysique ; livre, où d'ailleurs tout se tient dans un ensemble régulier.

En somme, la lecture de cette œuvre excellente est pleine d'attrait, et nous la recommandons à tous les lecteurs avides de cette science qui, tout en instruisant, mérite d'être appelée la science aimable. — G. R.

HENRI DE PARVILLE — CAUSERIES SCIENTIFIQUES — Découvertes et inventions, progrès de la science et de l'industrie — vingt-sixième année (1886) — Paris, J. Rothschild, éditeur, 1887.

Pour les hommes instruits, qui, sans pouvoir se livrer aux recherches nécessaires, veulent cependant se tenir au courant des progrès de l'intelligence humaine, le livre que nous signalons à nos lecteurs est, sans contestation possible, un des plus utiles du moment. M. Henri de Parville est un savant éclairé et consciencieux. Il travaille pour nous, qui sommes heureux de pouvoir le lire et qui avons foi dans son mérite. Son livre d'aujourd'hui est le vingt-sixième de la série, c'est-à-dire d'une série qui donne un précieux résumé des recherches intellectuelles de toute une période, un quart de siècle, et permet d'apprécier les efforts de l'humanité en dehors des actes stériles ou désastreux de la politique.

Les renseignements publiés par M. Henri de Parville se rattachent à plusieurs branches de nos connaissances, à l'astronomie, à la physique, à la mécanique, à la chimie, à la médecine, à la physiologie, à l'art des constructions, à l'histoire naturelle, etc. Le livre qui les renferme intéresse donc tout le monde.

Il serait impossible d'énumérer seulement tous les faits recueillis par M. de Parville ; mais il n'est pas permis de ne pas signaler les admirables résultats de l'application de la photographie à l'étude des phénomènes célestes et les données nouvelles sur la forme de la terre. Et nous rappellerons les faits relatifs à l'installation, au grand Opéra, de la lumière électrique, au grand avantage des belles peintures de Baudry, sur lesquelles la fumée du gaz déposait un dangereux voile noir, les téléphones mécaniques, qui transmettent le son et la parole à plusieurs kilomètres, l'action curieuse et inattendue de l'huile sur les vagues dans les tempêtes ; les crises géologiques, etc., etc., etc. ; ne fût-ce que pour faire comprendre ce qu'on peut espérer de trouver sur les autres sujets, qui se succèdent par centaines dans ce livre utile, dont la place est marquée, pour toute espèce de recherches, dans toutes les bibliothèques. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un cas de fracture du crâne, par Heuston (*The Lancet*, 16 juillet 1887). — Le docteur Heuston de l'Académie de médecine de Dublin, a présenté récemment à ses collègues, les pièces anatomiques, crâne et cerveau, d'un sujet âgé de 66 ans, qui était tombé de sa fenêtre sur le sol, d'une hauteur de 12 pieds.

Bien que la chute eût eu lieu sur la tête, le malade, pendant les cinq jours qui suivirent l'accident, ne présenta aucun symptôme capable de faire croire à l'existence d'une lésion sérieuse.

Ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'éclatèrent les accidents cérébraux, suivis bientôt d'une hémiplégie gauche vers le dixième jour après la chute. La paralysie s'étendit aux muscles du thorax et le malade mourut asphyxié.

A l'autopsie, on constata sur le crâne un trait de fracture occupant la partie postérieure de l'os pariétal du côté droit. Ce trait de fracture circonscrivait une surface à peu près quadrilatère, qui était elle-même composée de trois fragments, un supérieur, deux inférieurs. Le supérieur était enfoncé, les deux inférieurs surélevés à leur point de contact.

De l'angle postéro-inférieur de cette fracture partait une fissure qui, passant par les sutures masto-occipitales et petro-occipitales, aboutissait au trou déchiré postérieur et s'étendant jusque sur le condyle de l'occipital.

Le long du trait de fracture était un énorme caillot, lequel, décollant la dure-mère qui tapisse la fosse occipitale, remplissait complètement cette cavité. La dure-mère, à ce niveau, présentait une déchirure de 2 centimètres et demi de longueur.

Le tissu de l'hémisphère cérébral droit était lacéré à la jonction du lobe occipital et du lobe temporo-sphénoïdal. La déchirure se dirigeait obliquement, en haut et en arrière, sur le gyrus occipital inférieur, et ne mesurait pas moins de 0,03 centimètres en longueur et 0,013 millimètres en profondeur.

La face inférieure du lobe droit du cervelet était dilacérée dans une longueur d'un demi-pouce.

L'intérêt de cette observation gît surtout dans l'étrange tolérance de l'encéphale pour de si profondes lésions et dans l'absence de symptômes proportionnels en gravité à celle des désordres anatomiques pendant un temps relativement considérable. — L. Dn.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1887. — Présidence de M. Sappey.

La correspondance non officielle comprend :

Deux lettres de candidature de M. Riban pour la section de physique et de chimie, de M. Pierret pour le titre de correspondant national.

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Bonnafont, un exemplaire de la traduction en espagnol de son *Traité des maladies de l'oreille*.

M. Béchamp présente, de la part de M. J. Béchamp, son fils, professeur d'analyse chimique et de toxicologie à la Faculté libre de médecine de Lille, un volume intitulé : *Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques*.

M. Proust présente, de la part de M. le docteur Baumel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, un volume intitulé : *Maladies de l'appareil digestif*.

M. Riche présente, de la part de M. Balland, une note manuscrite sur les alcaloïdes du laudanum et du quinquina.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Sirus-Pirondi (de Marseille), une brochure intitulée : *Souvenirs cliniques*, concernant quelques maladies ou indispositions habituelles qu'il est parfois prudent de respecter.

M. Hérard : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie la deuxième édition du *Traité de la phthisie pulmonaire*, publiée en commun avec mes savants collaborateurs, MM. Cornil et Hanot. A l'époque où a paru la première édition de ce livre (novembre 1866), la science était loin d'être fixée sur les points les plus importants de l'histoire de la phthisie. La conception anatomo-pathologique de Laënnec était attaquée de différents côtés, battue en brèche par les travaux des pathologistes allemands, par Virchow et Niemeyer en particulier. L'inoculabilité des produits tuberculeux, après un premier moment de surprise et d'incrédulité, était vivement discutée, mais beaucoup de médecins hésitaient à leur reconnaître un caractère spécifique. Aujourd'hui les doutes, les obscurités ont disparu; l'œuvre de Laënnec est sortie triomphante de toutes les attaques, de toutes les critiques; l'unité de la phthisie n'est plus contestée ; les idées de notre éminent collègue, M. Ville-

min, sont universellement acceptées, et elles ont reçu une éclatante consécration de cette autre grande découverte, dont l'honneur revient à Koch : la découverte du microbe pathogène, du bacille tuberculeux.

Pour cette nouvelle édition nous avons mis à profit tous les progrès accomplis depuis vingt ans dans l'étude anatomique et clinique de la maladie. Nous espérons qu'elle recevra bon accueil de l'Académie et du public médical.

M. H. Roger présente, de la part de MM. Henri Cazin et H. Iscovesco, une brochure intitulée : *Des rapports du rachitisme avec la syphilis.*

M. C. Paul présente, de la part de M. le docteur P. Bénard, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de la glosso-stomatite chronique superficielle.* (Psoriasis buccal de Bazin.)

M. le docteur René Blache lit un travail intitulé : *Aperçu clinique sur l'hypertrophie des amygdales palatines et du tissu adénoïde du pharynx nasal.*

M. le docteur Legroux lit un travail intitulé : *De la guérison rapide de la chorée par l'antipyrine.*

M. Ollivier lit un rapport en réponse à une lettre dans laquelle le ministre de l'instruction publique demandait s'il n'y aurait pas lieu de modifier la durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées atteints de maladies contagieuses. Cette lettre a été renvoyée à la section d'hygiène qui, après délibération, a adopté les conclusions suivantes :

1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons ou de la diphthérie, seront strictement isolés de leurs camarades.

2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion; elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie; de vingt-cinq jours pour la varicelle et les oreillons.

3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales portant même sur le cuir chevelu.

4° Les vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade, devront être passés dans une étuve à vapeur sous pression, ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés.

5° La chambre devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles seront lavés avec une solution de sublimé. Les objets de literie seront désinfectés dans l'étuve à vapeur sous pression; enfin les matelas, préalablement défaits, seront soumis au même traitement.

6° L'élève qui aura été atteint en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées. La réception de l'élève restera toujours subordonnée à un examen du médecin de l'établissement.

Les conclusions du rapport sont renvoyées à la section d'hygiène après quelques courtes observations de M. Léon Le Fort.

M. Ollivier donne ensuite lecture des conclusions qui lui ont été demandées par ses collègues et qui sont relatives aux mesures hygiéniques à prendre, dans les établissements d'instruction publique, au sujet des élèves atteints de pelade. Voici quelles sont les mesures proposées par M. Ollivier :

1° Les élèves des établissements d'instruction primaire ou secondaire, atteints de pelade, seront soumis, aussitôt après la découverte de la maladie, à une enquête médicale approfondie, permettant d'en fixer la nature et les origines. Il va sans dire qu'un examen microscopique minutieux fera nécessairement partie de cette enquête.

2° Les pelades développées immédiatement à la suite de traumatismes, d'affections générales graves, d'ébranlements nerveux consécutifs à des accidents, à des frayeurs subites, ne doivent pas être considérées comme des causes d'exclusion ou même d'isolement.

3° Lorsqu'il sera prouvé par des témoignages sérieux, par des certificats de médecins ou autrement, lors de la découverte de la pelade, que cette affection remonte à plusieurs mois, que l'enfant a vécu au milieu d'autres enfants, soit à l'école, soit dans sa famille, sans qu'aucun d'eux ait été contaminé, la maladie ne pourra encore donner lieu à aucune mesure d'isolement.

4° En dehors des conditions prévues par les paragraphes précédents, les enfants peladeux pourront être conservés dans les établissements d'instruction publique, à la condition toutefois que les parents admettent qu'il soient soumis aux précautions indiquées ci-dessous :

a) Les pensionnaires coucheront soit à l'infirmerie, soit, lorsque la disposition des locaux le permettra, dans une partie spécialement désignée et isolée du dortoir. Il sera recommandé au surveillant de veiller à ce que les autres élèves n'emploient ni la coiffure, ni les peignes ou brosses des peladeux.

b) A l'étude et aux classes, les peladeux garderont la tête couverte et seront placés à une table ou sur des sièges à part.

Il sera recommandé spécialement aux enfants de ne pas enlever leur coiffure, ni surtout de l'échanger avec leurs camarades.

c) La suppression des mesures d'isolement n'aura lieu que sur l'avis motivé du médecin de l'établissement.

d) Il est bien entendu que, dans le cas d'impossibilité de mettre en vigueur les mesures précédemment indiquées, le proviseur pourrait, soit ne recevoir que comme externe un élève auparavant pensionnaire, soit prononcer l'exclusion temporaire telle qu'elle se pratique aujourd'hui.

5° Ces dispositions ne sont pas applicables aux écoles maternelles, ni aux dernières classes des écoles communales, et cela parce que, étant donné l'âge des enfants, une exclusion temporaire n'a pas les mêmes inconvénients que plus tard, et qu'en outre l'application des mesures indiquées serait impossible pour la même raison.

M. Besnier commence par faire remarquer que, en proposant pour sujet de l'un de ses prix « *des pelades* », et en remettant la délivrance de ce prix à l'année 1890, l'Académie a voulu dire à la fois que le terme de pelade s'applique à plusieurs affections, et que l'état actuel de la science sur ce point a besoin d'être revisé à l'aide d'études nouvelles réclamant le concours du temps.

Entrant ensuite dans l'examen de la question, l'orateur considère que la contagion de la pelade a des degrés divers et des formes variées, mais qu'elle ne saurait être révoquée en doute, et il en cite des exemples probants observés par lui, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit dans sa pratique particulière. M. Besnier termine son remarquable discours par les conclusions suivantes qui, en somme, ne diffèrent pas beaucoup de celles de M. Ollivier :

1° Quels que soient les doutes élevés sur l'identité de toutes les alopécies dites *pelades*, il est hors de contestation que certaines de ces affections, au moins, peuvent se transmettre d'un individu malade à l'individu sain.

Par conséquent, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer comme un droit son admission dans un asile, une école, un lycée, une caserne, etc., cette admission reste subordonnée à la décision du médecin particulier à chacune de ces agglomérations.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ce médecin, ou bien si ce médecin décline la responsabilité à encourir, la question sera portée devant une commission spéciale déléguée à cet effet par l'autorité supérieure et composée de médecins pris dans tous les hôpitaux où sont traitées les affections teigneuses.

2° Les médecins des établissements publics, ou les membres de la commission déléguée, s'attacheront avec le plus grand soin à examiner chaque malade en particulier, et à ne prononcer l'exclusion que dans la mesure nécessitée par l'intérêt général, et dans la majorité des cas, à l'exception des asiles de la première enfance et des écoles primaires, il sera presque toujours possible de concilier tous les intérêts.

Pour tous les externats de lycéens, les peladeux peuvent être admis aux classes et

aux cours; on interdira seulement la récréation et l'étude en commun; ils restent soumis à la surveillance du médecin de l'établissement.

Pour les internats, écoles supérieures, régiments, la surveillance individuelle pouvant être exercée plus utilement encore par le médecin attaché, on ne prononcera que l'exclusion temporaire, et seulement pour les cas où la maladie est à la période de progrès; mais il sera possible de conserver la plupart des sujets atteints et arrivés à la période d'état ou de réparation, à la condition de les soumettre à une médication locale et à des ablutions quotidiennes appropriées, en même temps que l'on instituera les mesures de précautions nécessaires telles que coucher et toilette à part; une instruction particulière pourra règler les détails de ces mesures.

Cette tolérance sera continuée aussi longtemps qu'il ne se sera pas développé de cas nouveau autour de ceux qui sont en surveillance; elle cesserait aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraînerait l'élimination immédiate de tous les malades.

M. Besnier termine en demandant la nomination d'une commission d'enquête qui se livrerait à de nouvelles recherches, recueillerait les faits et présenterait ultérieurement son rapport à l'Académie.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Ollivier, Besnier, Bucquoy, Léon Le Fort, Larrey, Armand Gautier, Fournier, Bergeron, M. le Président met aux voix la proposition de M. Besnier. Cette proposition est votée à l'unanimité.

En conséquence, le bureau propose de nommer une commission de six membres, composée de MM. Besnier, Ollivier, Hardy, Bucquoy, Cornil et Fournier. (Accepté.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

Renouvellement partiel des Commissions permanentes (1888) : Épidémie, MM. Nocard et Ollivier; Eaux minérales, MM. Proust et Robin; Remèdes secrets, MM. Prunier et Marty; Vaccine, MM. Trasbot et Laboulbène; Hygiène de l'enfance, MM. Charpentier et Roussel; Comité de publication, MM. Legouest, Empis et Gariel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 décembre 1887.

Sommaire : *Farcin chronique chez l'homme. — Leucocythémie thyroïdienne. — Angéio-cholite suppurée ou infactus gangréneux du foie.*

M. Bucquoy rappelle qu'il a publié en 1884 un cas de farcin aigu chez l'homme et que Millard en a fait connaître un autre seulement depuis cette époque. Il faut donc que cette affection devienne plus rare chez le cheval, qu'elle se transmettre difficilement à l'homme ou passe inaperçue. Cette fois c'est un cas de farcin chronique que M. Bucquoy communique à la Société.

Un homme de 46 ans entre au mois de septembre dans le service de M. Bucquoy pour des abcès disséminés en divers points du corps (tissu cellulaire et muscles) et durant depuis plusieurs mois. L'origine avait été une plaie de la main, suivie d'angioleucite et d'adéno-phlegmon axillaire. Le malade, ayant ces abcès depuis cinq mois, avait perdu les forces, maigri, avait la fièvre. Ses urines ne contenaient rien d'anormal, ses viscères paraissaient sains. Après avoir songé à une infection purulente et avoir repoussé cette hypothèse à cause de la longue durée des accidents, de l'absence d'abcès viscéraux, M. Bucquoy songea au farcin chronique.

Le malade était charretier ; il ne couchait pas dans l'écurie, il est vrai, mais il fut établi que l'écurie avait abrité des chevaux morveux et que probablement le cheval conduit d'ordinaire par ce charretier avait eu la morve.

Des abcès ayant continué à se former, le malade succomba par épuisement, sans avoir eu ni jetage nasal, ni adénopathies. On avait donné comme traitement le quinquina et l'alcool, du sulfate de quinine et des injections hypodermiques de créosote dans l'huile de vaseline.

A l'autopsie, MM. Leblanc et Laguerrière, vétérinaires, reconnurent les lésions suivantes: abcès farcineux multiples du tissu cellulaire et des muscles, un dans les

méninges et un autre dans l'encéphale même ; vaste ulcération de la muqueuse respiratoire siégeant, comme chez le cheval, à la base de la langue et sur toute l'étendue des gouttières laryngo-pharyngées et les replis glosso-épiglottiques ; dans les poumons, foyers tubéreux désignés sous le nom de tubercules de la morve.

Des cultures sur pommes de terre avaient été faites du vivant du malade avec le pus des abcès, et permirent d'affirmer au bout de cinq jours l'existence de la morve. Après dix jours d'inoculation, une ânesse (l'âne étant le meilleur réactif de la virulence morveuse) succombait avec des lésions de morve aiguë dans les poumons, la rate et les ganglions bronchiques. Des bacilles morveux se trouvaient en quantité considérable dans toutes ces lésions et dans la moelle des os.

Il semble que le virus morveux en passant par l'homme se soit atténué en partie, car le chien, qui est un excellent réactif de la morve équine, fut à trois reprises inoculé sans résultat.

M. Bucquoy termine en rappelant que l'affection farcino-morveuse reste toujours une maladie univoque, malgré la variété de ses manifestations, la lenteur ou la rapidité de sa marche, qui tiennent à la qualité du virus, au mode de transmission et au terrain de culture. Enfin, d'après cette observation, on voit qu'il existe des formes larvées pouvant être prises pour des cas de septicémie vulgaire ou d'infection purulente.

M. Féréol dit qu'il a en ce moment dans son service un homme atteint d'abcès multiples exclusivement cutanés et ressemblant à ceux que fait naître parfois l'abus des injections de morphine. Ce malade, étant sellier, craint d'avoir pris des mesures de harnais à des chevaux malades; M. Nocard a trouvé dans le pus des bacilles analogues à ceux de la morve morphologiquement et attend pour se prononcer définitivement le résultat des inoculations.

— M. Hayem fait connaître l'observation d'une femme de 62 ans, bien portante jusqu'à cette époque, malgré l'existence d'un gonflement du lobe droit du corps thyroïde qui avait commencé à se manifester il y a quinze ans après un accouchement, mais était resté stationnaire. Depuis le mois d'octobre dernier, l'augmentation de volume a été si considérable que la trachée et l'œsophage sont déjetés et comprimés ; il y a des troubles de la déglutition et des suffocations fréquentes. La carotide passe au devant de la tumeur, qui est dure et dans laquelle on n'entend pas de souffle. La malade est cachectique et l'examen de son sang y révèle une augmentation extraordinaire des globules blancs (70,000 par millimètre cube) sans que ni le foie, ni la rate, ni les ganglions lymphatiques soient hypertrophiés. M. Hayem se demande si, étant donné qu'on accorde, en général, au corps thyroïde des fonctions hématopoïétiques, ce cas n'est pas un fait de leucocythémie thyroïdienne. Quant à la thérapeutique, quelle doit-elle être ?

M. Bucquoy conseille d'essayer les injections iodées qui ont été préconisées par M. Duguet, et qui réussiront probablement s'il s'agit vraiment d'un goître et non d'un sarcome.

M. Hayem craint que le gonflement réactionnel qui suit ces injections ne détermine l'asphyxie.

M. Bucquoy, qui a vu M. Marfan, ancien interne de M. Duguet, pratiquer souvent ces injections, a pu s'assurer que la réaction inflammatoire est très limitée.

M. R. Moutard-Martin conseillerait l'électrolyse, si on pouvait admettre une tumeur kystique sanguine.

M. Hayem repousse cette supposition à cause de l'absence de fluctuation et de bruits de souffle.

M. Rendu rappelle que, dans la thèse d'Alexandre (1), on trouve des faits de leucocytose dans le cancer.

M. Hayem n'a jamais vu le chiffre des globules blancs, dans le cancer, s'élever à plus

(1) Récemment analysée dans l'*Union médicale* par M. Deniau.

de 30,000. Ici on en trouve 70,000; or, dans la leucocythémie, on peut en trouver jusqu'à 200,000 par millimètre cube. — L'absence de douleur paraît aussi un argument contre l'existence d'une tumeur maligne.

M. Bucquoy a vu récemment un sarcome du corps thyroïde tout à fait indolore.

M. Chauffard pense que, dans l'hypothèse de foyers leucocythémiques dans le corps thyroïde, on pourrait essayer des injections de liqueur de Fowler à faibles doses.

M. Hayem y avait songé; car c'est le seul médicament qui donne quelques résultats dans la leucocythémie.

— M. Ferrand montre le foie d'un homme de 37 ans qui succomba à des accidents péritonitiques après avoir eu des vomissements, du mélæna et une tuméfaction douloureuse du foie. On trouva cet organe criblé d'abcès paraissant occuper les canalicules biliaires et constitués par une coque périphérique noirâtre, d'aspect gangréneux, renfermant un magma muco-purulent.

Le présentateur suppose qu'il s'agit d'une angéiocholite suppurée, bien que les voies biliaires n'aient pas été obstruées et qu'on n'y trouve aucune concrétion biliaire.

M. Rendu, ne trouvant pas au foie la distension considérable et uniforme, et la coloration biliaire qui se voient dans l'angéiocholite suppurée, pense qu'une affection septique a pu déterminer des infarctus gangréneux. — P. L. G.

FORMULAIRE

Pommade contre le pityriasis versicolor. — Liebreich.

Acide salicylique	2	grammes.
Soufre précipité	10	—
Lanoline	100	—

F. s. a. — Cette pommade, selon l'auteur, a guéri, avec trois frictions seulement, un pityriasis versicolor d'une forme rare et grave, compliquée de lésions de grattage, et qui durait depuis plusieurs années. — N. G.

COURRIER

Hôpitaux de Rouen. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Rocher, Martin, Caron et Lireux.

Les prix des hospices ont été décernés : 1° à M. Vallée, médaille d'argent et 70 francs ; 2° à M. Lenormand, médaille d'argent et 50 francs ; 3° à M. Poussier, médaille d'argent et 35 francs.

Ecole de médecine de Rouen. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1886-1887 :

Médecine. — Prix Pillore : M. Lamy ; mention, M. Fortin.

Officiat de santé. — Deuxième année. Prix M. Pauchet.

Pharmacie. — Première année. Prix : M. Hennetier ; mention, M. Travers. — Deuxième année. Prix : Legrain. — Troisième année. Prix : M. Neveu ; mention, M. Gitourdel.

Exposition terrestre fluviale et maritime de sauvetage et d'hygiène de Paris 1888. — On parle beaucoup de l'Exposition de sauvetage et d'hygiène, avec annexes des Industries d'exportation, qui s'organise pour l'année 1888 au Palais de l'Industrie et qui sera comme le prélude de la grande manifestation industrielle de 1889.

On nous promet de nombreuses attractions qui dépasseront en intérêt tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

C'est ainsi que la nef du Palais sera transformée en un vaste bassin et que le 1er étage

contiendra un diorama « *L'habitation, le mobilier et le vêtement à travers les âges* » dont l'organisation a été confiée à notre confrère M. Louis Bourne, directeur du journal *Le Travail*, qui a su faire apprécier sa compétence dans maintes expositions.

Disons aussi que M. Louis Bourne, qui est secrétaire du comité d'organisation de cette exposition, a été nommé commissaire général chargé de l'installation des groupes de l'hygiène et de l'alimentation et qu'il se propose d'apporter dans ces deux branches importantes de l'exposition des innovations qui ne manqueront pas d'exciter la curiosité des visiteurs.

Emploi du bicarbonate de soude dans le lait. — Sur le rapport de M. le docteur Proust, le Conseil d'hygiène de la Seine a récemment émis l'avis que l'addition du bicarbonate de soude au lait ne doit être ni autorisée, ni tolérée. En 1876, le même Conseil, sur le rapport de M. Bouchardat, s'était prononcé en faveur de la tolérance de l'emploi de ce produit auquel les laitiers donnent le nom de *conservateur*. Mais, aujourd'hui, on possède plusieurs moyens, le froid, par exemple, pour conserver le lait sans ajouter aucune substance étrangère à sa constitution; en outre, les moyens de communication sont maintenant assez rapides pour que le lait, quel que soit son lieu de production, puisse être transporté sans avoir le temps de s'altérer.

D'ailleurs, l'addition au lait du bicarbonate de soude peut, dans certaines circonstances, ne pas être exempte de danger. La transformation du sucre de lait en acide lactique donne lieu, pour le lait additionné de bicarbonate de soude, à un lactate de soude qui est purgatif et est ainsi une cause de diarrhée chez les jeunes enfants.

(*Revue d'hygiène et de police sanitaire.*)

Souscription Daviel. — Souscription pour l'érection d'un monument à Jacques Daviel. (Suite.)

Report.......	3.721
MM. Armand Brun..................................	10 fr.
Brun..................................	20
Boutin..................................	5
Chopinet..................................	5
Ferdinand Suarez (Angers)..............	10
Albert Suarez (Angers)..............	10
Sir J. Rayer (Londres)..............	25
Sir Cliffort (Londres)..............	25
Galtier (Nîmes)..............	30
Société ophthal. (de Lille)..............	50
MM. de Lapersonne (Lille)..............	5
Passant..............................	5
Dujardin (Lille)..............	30
Gally (Bar-le-Duc)..............	10
Truc (Montpellier)..............	10
Baudry (Lille)..............	20
Société de médecine (Angers)..............	100
Ville d'Evreux..............	25
Ville de Pacy-sur-Eure..............	5
Ville de Rouen..............	200
Ville de Marseille..............	200
Conseil général (Seine-Inférieure)..............	200
Total.......	4.720 fr.

Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur A. Brun, 23, rue d'Aumale.

— La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin; elle fournit subvention e logement. Pays de chasse et de pêche. Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La discussion sur la pelade, à l'Académie de médecine, a mis en lumière deux faits importants, à savoir que la pelade devient de plus en plus fréquente, et que certaines pelades sont contagieuses, tandis que d'autres ne le sont pas. Dans quelle proportion observe-t-on les unes et les autres? Voilà ce qu'il est impossible de dire. Aussi l'Académie a-t-elle jugé utile de porter toute son attention sur la solution de ce dernier problème, et, en attendant qu'il soit résolu, si faire se peut, par les concurrents au prix de 1890, elle a nommé une commission chargée de l'étudier de son côté, de surveiller les épidémies qui se produisent, etc.

Comme résultat de cette discussion, nous avons encore les conclusions de M. Ollivier, appuyées en certains points, combattues en d'autres par celles de M. Besnier; mais, comme l'Académie ne s'est pas prononcée à leur endroit, on ne pourra encore les appliquer dans les maisons d'éducation où règne le régime de l'internat.

Les lycées ont d'ailleurs d'autres causes d'isolement, au sujet desquelles M. le ministre de l'instruction publique a demandé à l'Académie son avis; ces causes sont les affections suivantes : varicelle, variole, scarlatine, rougeole, oreillons, diphthérie, auxquelles on aurait pu joindre très bien, comme l'a fait remarquer M. Le Fort, la coqueluche. Les conclusions rédigées par M. Ollivier sont certainement ce qu'elles doivent être dans l'état actuel de la science, mais si l'isolement, les bains, les nettoyages à l'eau

---

FEUILLETON

A PROPOS DE « LA TERRE », DE ZOLA.

L'occlusion des yeux après la mort.

Dans un de ses plus charmants récits, dans une de ses études philosophiques, je crois, Balzac nous peint l'embarras et la terreur d'un fils au chevet de son père qui vient de mourir. Avant de trépasser, le vieillard a eu soin de montrer à son enfant un baume merveilleux dont l'alchimie lui a depuis longtemps révélé le secret et ayant la propriété de redonner la vie aux chairs que la mort a glacés. Pour que le sang circule de nouveau dans les veines du cher défunt, pour qu'une vie nouvelle ranime ces membres déjà raidis, il suffit de quelques onctions de la liqueur magique. Le pieux fils se met à l'œuvre. A peine quelques gouttes ont-elles touché la paupière fermée par la mort, que déjà l'œil s'ouvre, s'illumine d'un regard resplendissant et portant dans ses reflets quelque chose des mystères d'outre-tombe. Terrifié, songeant en outre à son héritage compromis par ce commencement de résurrection, l'opérateur s'arrête, et ne croyant plus pouvoir désormais enfreindre impunément les lois de la nature, qui s'accordent si harmonieusement avec celles de la succession, il veut clore à jamais l'œil du trépassé. Mais la paupière se relève aussitôt sous la poussée d'un regard flamboyant, chargé de

de savon sont faciles, il est à craindre que le passage à l'étuve sous pression et les fumigations sulfureuses, auxquelles il recommande de soumettre les vêtements, la literie du malade, et le lavage de la chambre avec une solution de sublimé, ne rencontrent en ville de sérieuses difficultés pour leur mise en pratique.

L'antipyrine, qui avait d'abord passé pour un excellent fébrifuge, d'où son nom, paraît devoir passer maintenant avec armes et bagages dans le traitement des maladies nerveuses. La migraine, les névralgies diverses en ont subi de bons effets; voici maintenant la chorée qui, d'après six observations de M. Legroux, est guérie rapidement par quelques grammes d'antipyrine. La facilité d'employer ce remède et la difficulté de guérir la chorée par les autres, ne peut évidemment qu'encourager les médecins à continuer les essais de M. Legroux.

D'autre part, M. le docteur Laget, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, a obtenu, avec 4 grammes d'antipyrine, dans un cas d'accouchement accompagné de douleurs violentes et peu efficaces, une diminution rapide des douleurs et une régularisation et un effet utile plus marqué des contractions utérines. Attendons-nous encore à d'autres surprises de la part de cet excellent médicament.

Signalons encore une intéressante communication de M. Blache sur l'hypertrophie des amygdales palatines et du tissu adénoïde du pharynx nasal.

A la Société de chirurgie, outre une intéressante discussion sur les pleurésies latentes ou hydrothorax qui accompagnent les kystes de l'ovaire et qui peuvent disparaître spontanément après l'ablation de ces tumeurs, nous devons signaler un rapport de M. Terrier sur un travail de M. Defontaine (du Creuzot), sur les *coups de soleil* causés par la lumière électrique. Celle-ci, à une faible distance, produit sur la peau des effets analogues à ceux du coup de soleil, effets que M. Defontaine a décrits le premier.

On parle beaucoup en ce moment, dans le monde médical, d'une circulaire envoyée à tous nos confrères, et ayant pour but de syndiquer les Sociétés de secours mutuels afin de diminuer considérablement les hono-

---

courroux. Nouvelle tentative d'occlusion, c'est en vain, l'œil se rouvre encore lançant des éclairs...

Tous les détails de cette scène fantastique me revenaient à l'esprit en lisant, hier, dans *la Terre,* dernier roman de Zola, le passage relatif à la mort du père Mouche, vieux paysan gros et court qui vient de succomber à une attaque d'apoplexie. Les chandelles sont allumées, et les préparatifs d'usage en cette circonstance terminés « *c'était bien pour le moment,* continue le romancier, *sauf que l'œil gauche, refermé trois fois d'un coup de pouce, s'obstinait à se rouvrir et semblait regarder le monde dans cette face violâtre qui tranchait sur la blancheur de la toile.* »

Y a-t-il dans cette phrase, une réminiscence du conte de Balzac? Evidemment non. Avec l'auteur de la *Comédie humaine* nous sommes en pleine fantaisie, tandis que l'agonie du père Mouche a dû être faite d'après « documents ». C'est bien ce qui me taquinait, car cette contracture du releveur de la paupière, muscle si faible, résistant à trois coups de pouce successifs, me semblait bien extraordinaire.

Bref l'image de cette paupière rebelle me poursuivait. Chez un autre auteur, je n'aurais probablement pas remarqué ce détail insolite. Mais, il n'y a pas à dire, Zola est, médicalement parlant, un des romanciers les plus intéressants. C'est un de ceux qui connaissent le mieux les choses de la médecine et décrivent avec le plus d'exactitude scientifique les maladies de leurs personnages. La description des accès du *delirium tremens* de Coupeau est célèbre ; la goutte nous est peinte sous tous ses aspects dans la « *Joie de vivre* », œuvre que je signale à mes confrères comme la plus intéressante au

raires déjà bien faibles que ces Sociétés paient à leurs médecins. Ce nouveau projet d'exploitation médicale, je veux dire d'exploitation du médecin par le malade, a été combattu avec une certaine vivacité par quelques-uns de nos confrères de la presse, qui ont remarqué avec raison que le titre d'*Union médicale* était singulièrement choisi par la nouvelle Société, puisqu'elle a pour but l'union contre le médecin.

L'*Union médicale* (je parle de notre journal) s'est faite assez souvent le défenseur des intérêts professionnels du corps médical, depuis le jour où est né le projet de l'Association des médecins de France, pour n'avoir pas besoin de déclarer qu'il n'y a entre elle et l'union médicale des Sociétés de secours mutuels qu'une simple analogie de dénomination; comme nos confrères, nous trouvons que cette Société demande beaucoup trop aux médecins et que les honoraires qu'on leur propose sont dérisoires; on pourrait même s'étonner de ne pas trouver dans le programme de la nouvelle union l'article accepté par je ne sais plus quelle Société d'Amérique : « En cas de décès, la moitié des frais d'inhumation sera payée par le médecin traitant. ». — L.-H. P.

Des causes du Tabes : Surmenage et fatigues corporelles. Un cas d'Hémitabes,

Par A. Morel-Lavallée, chef de clinique à la Faculté.

Dans le tome XXV (1885) des *Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon,* M. Bertoye, interne des hôpitaux de cette ville, a fait, à propos d'un cas relaté par lui d'Hémiataxie locomotrice progressive, une courte, mais fort intéressante revue des observations jusqu'alors publiées d'Hémiataxie.

Il rappelle, pour nous en tenir uniquement aux hémiataxies *tabétiques*, que M. Fournier les a divisées en deux groupes : un premier groupe où il y a simple prédominance des phénomènes ataxiques d'un côté, — et un

---

point de vue pathologique. Zola serait un accoucheur émérite. Ce n'est pas lui qui ferait bon visage à un nouveau-né saluant de la main sa venue au monde. Il connaît trop les dangers que présage cette politesse exagérée et précoce. Comme il se complaît au spectacle de l'enfantement, comme il retrace avec plaisir et fidélité toutes les phases du travail, toutes les particularités de la présentation. Il y en a pour tous les goûts : L'accouchement est terrible et émouvant dans la *Joie de vivre ; Pot-Bouille* nous présente l'accouchement misérable. Dans la *Terre,* nous trouvons l'accouchement gai, exhilarant, et je ne compte pas celui de la Coliche, cette vache qui « vêle » en même temps que Lise.

Et dans cette famille des Rougon-Macquart, comme les effets de l'hérédité sont bien observés. Comme la tare du père manifeste son influence chez les descendants, pousse au suicide, par exemple, le peintre de « *l'Œuvre* », qui, malgré de brillantes qualités et un talent remarquable, ne peut réaliser une conception sur la toile et achever un tableau. Dans un dernier volume, que j'attends pour ma part avec curiosité, le créateur des Rougon nous exposera du reste explicitement le résultat de toutes ces influences héréditaires, à moins qu'un de mes facétieux confrères n'ait fait parler, avant Zola, « *le Docteur Charpentier* », médecin de la famille en question.

Je me disais donc que Zola, qui possède de notables connaissances médicales, dont le métier est d'observer, a peut-être constaté sur un moribond cette étrange obstination d'un œil à se rouvrir, et a signalé ainsi un fait rare, non encore consigné dans la littérature médicale et méritant, par cela même, d'attirer l'attention.

deuxième groupe, où il y a localisation exclusive des symptômes dans un des côtés du corps.

M. Bertoye rapproche naturellement de l'Hémiataxie les cas où les symptômes tabétiques se sont localisés dans un seul membre (fait de Vulpian, *Cliniques*) et ceux où une ataxie, d'abord paraplégique, s'étend ensuite à un seul des deux membres supérieurs. (Voy. une obs. de M. Pierret, in *Arch. de physiol.*, 1870.)

L'observation de M. Bertoye a trait à un malade, exempt de tout antécédent alcoolique saturnin ou syphilitique, et chez qui l'hémiataxie, précédée de douleurs fulgurantes *unilatérales*, a été attribuée par l'auteur aux fatigues professionnelles auxquelles avait été exposé le malade, ouvrier tisseur, et qui plusieurs fois avait fait des excès de travail. De 20 à 28 ans, cet homme avait travaillé pendant douze à quinze heures par jour, restant debout devant son métier, ne cessant avec son pied droit d'abaisser et d'élever une pédale qui met en mouvement toute la machine. C'est dans ce même membre inférieur droit qu'à 28 ans les premières douleurs prémonitoires ont commencé à se montrer.

Il y a longtemps qu'on a assigné aux fatigues corporelles une place importante dans l'étiologie de l'Ataxie, fatigues musculaires tout aussi bien que fatigues vénériennes (1). Personnellement, nous connaissons une observation qui peut se résumer ainsi :

V..., sans antécédents nerveux chez lui-même ni dans sa famille, contracte *vers* l'âge de 20 ans une syphilis peu ou point traitée. De famille riche, il mène la vie à grandes guides, faisant de la nuit le jour et du jour la nuit, partageant ses nuits entre les soupers et le jeu. A l'âge de 28 ans, voyant sa fortune et sa position compromises, il s'en-

(1) Cette étiologie n'a pas été invoquée seulement pour le tabès, mais pour nombre de maladies générales ou à déterminations disséminées. Aran, notamment, et après lui M. F. Siredey, ont signalé ce fait que, dans beaucoup de myopathies saturnines ou d'Atrophies musculaires, les muscles pris les premiers étaient ceux qui avaient le plus fatigué, *professionnellement*.

La question de l'occlusion des yeux après la mort a, en effet, au point de vue médico-légal, une grande importance. On va en juger par l'anecdote suivante :

Un vieux rentier, vivant seul avec sa domestique, avait la manie de garder chez lui de fortes sommes d'argent, des liasses de titres qu'il s'obstinait à ne pas déposer chez son notaire, pour dissimuler à ses enfants le chiffre de leur héritage futur. Une nuit, il meurt subitement. Le lendemain matin, c'est un de ses neveux qui, venant lui faire visite, pénètre le premier dans la chambre où il ne trouve plus que le cadavre de son oncle. La famille, prévenue, se précipite sur la caisse. Vide, elle était vide. On cherche, on fouille partout ; rien. Alors les soupçons portent sur la domestique, qu'on accuse, tandis qu'elle était seule la nuit, d'avoir fait main basse sur le magot. Mais elle proteste énergiquement disant qu'elle n'était pas encore entrée dans la chambre avant la venue du neveu. Les héritiers rongent leur frein, les preuves manquent, lorsque l'un d'eux, d'un air victorieux, s'écrie : « La preuve que vous êtes entrée dans la chambre, c'est que le mort a les yeux fermés, vous seule avez pu lui fermer les yeux. » D'où procès.

Le tribunal fort embarrassé s'adresse aux médecins légistes. « Meurt-on les paupières ouvertes ou fermées ? » La question avait donc son importance. Est-elle résolue ?

A la suite de cette affaire, le président de la Société de médecine légale chargea M. Galezowski de vouloir bien faire des recherches à ce sujet. Le savant ophthalmologiste reconnut qu'il n'y a pas de règles précises sur l'occlusion ou la non-occlusion des yeux après la mort ; il constata toutefois que dans les méningites et dans les affections

gage dans les chasseurs d'Afrique, et mène là-bas la rude existence des soldats d'Algérie à cette époque, toujours en expédition, exposés à la chaleur le jour, à la gelée la nuit.

De retour dans les villes du littoral, V... avait l'habitude, pour se dérober aux atteintes de la chaleur, de la vermine et des moustiques, *de dormir la nuit dans l'eau jusqu'aux aisselles* dans la méditerranée. En 1848-49, il quitte le service militaire et vient reprendre, en France, sa vie orageuse.

En 1862-63, V... commence à se plaindre de sensations de froid intermittentes et fort pénibles *dans les membres inférieurs;* à d'autres moments, c'était « comme des bottes brûlantes qu'il aurait chaussées. » Il avait alors 45 ans. Bientôt survint l'incoordination motrice; puis les douleurs fulgurantes, puis du strabisme transitoire, une arthropathie éphémère du genou droit, et enfin l'Ataxie locomotrice évolua avec tous ses symptômes. Le malade consulta alors Sichel, Malgaigne, V. Morel-Lavallée et Demarquay, dans le service duquel il entra finalement à la Maison de santé. On lui prescrivit de l'iodure de potassium à une dose qu'il ignore; il se produisit des accidents d'iodisme d'une violence telle qu'ils donnèrent lieu à un petit phlegmon juxta-maxillaire qui fut incisé par Demarquay. Depuis lors, le malade se refusa énergiquement à toute espèce de traitement, ne prit ni iodure ni frictions mercurielles, fut seulement un peu amélioré par l'hydrothérapie, puis par une saison à Aix.

V... a actuellement 70 ans; à part son incoordination motrice, ses crises espacées de douleurs fulgurantes, un incident *hémiplégique gauche éphémère* il y a deux ans, un strabisme binoculaire réapparu environ depuis la même époque, et quelques troubles uro-génitaux inconstants et supportables, il jouit d'une excellente santé. Pêcheur infatigable, il passe ses journées d'été dans un canot, où il se hisse tout seul à l'aide de ses bras vigoureux, — et rien ne fait prévoir qu'un événement pathologique quelconque vienne déranger le cours d'une existence que le tabès, établi depuis vingt-cinq ans, stationnaire et toléré, ne trouble qu'à titre d'infirmité permanente et incurable.

Cette observation est un *type* du genre de celles que le professeur Fournier a recueillies et publiées dans ses célèbres leçons sur le *Tabes d'origine spécifique.* Fatigues corporelles et psychiques, excès de femmes et de jeu (« surmenage des gens du monde »), exposition répétée des jambes au froid humide, sont les facteurs qui, *en l'absence de toute hérédité nerveuse,* ont déterminé sur l'axe spinal l'éclosion de la sclérose postérieure, — sur

---

intéressant la base du cerveau les yeux restent ouverts, tandis qu'ils sont plus généralement fermés dans les autres cas.

M. Valude, qui a repris cette étude l'année dernière, écrit que 7 p. 100 seulement des sujets qu'il a examinés ont les yeux complètement fermés en mourant; 12, un œil fermé et l'autre ouvert; 66, les deux yeux moyennement ouverts.

Dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent, les paupières restent le plus souvent en l'état où la mort les a saisies; si elles ont une tendance à s'abaisser, ce mouvement est bien léger, car il dépasse à peine 2 millimètres d'arc excursif par jour.

Jamais l'auteur n'a pu constater l'ouverture d'yeux antérieurement fermés.

Enfin, détail important et dont la connaissance eût été d'une grande utilité dans le procès que je viens de rapporter, M. Valude croit possible de reconnaître, par la seule inspection, si les paupières ont été closes artificiellement ou bien se sont fermées spontanément.

Dans ce dernier cas, les yeux ont l'aspect que présentent ceux d'un homme endormi. Les paupières sur lesquelles s'est posé un doigt étranger portent à la partie culminante du bord libre, une petite empreinte blanchâtre, vestige persistant de la pression subie.

Au premier abord, le résultat de ces recherches ne semble pas être en parfaite harmonie avec l'obstination de l'œil du père Mouche, s'entêtant à regarder le monde. Elles sont loin cependant de nous permettre une telle conclusion, car le nombre des sujets observés (150 à peine) est trop peu considérable.

un terrain où sommeillait une ancienne syphilis non traitée, — et donné lieu ainsi à la production d'une affection parasyphilitique par excellence, quoique d'essence non syphilitique.

Là, comme dans les observations de M. Fournier, nous trouvons, à l'origine, une *syphilis bénigne, non traitée;* un *sujet surmené* sous tous les rapports, qui, *nombre d'années après,* voit se développer chez lui une syphilose spino-cérébrale, diffusée, sinon diffuse (hémiplégie *faciale* et somatique gauche transitoire, etc.). Cette affection reste pendant vingt-cinq ans *stationnaire,* ou à peu près, à sa période d'état; il ne manque ici que l'épreuve thérapeutique, spécifique ou non, avec la triste et habituelle inanité de ses résultats. A noter aussi ce fait que, dans notre cas, comme dans ceux de MM. Guelliot et Bertoye, l'ataxie s'est montrée et est restée lombaire et paraplégique, localisation en rapport avec son étiologie.

A côté de cette observation classique de tabes chez un spécifique, notre cher et respecté maître, M. Fournier, a bien voulu nous autoriser et même nous engager à en publier une autre, curieuse, au contraire, en ce qu'elle rentre dans les exceptions. Voici les faits :

Le nommé César Ta.... 50 ans, chapelier, entre le 16 juillet 1887 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis n° 72, dans le service de M. le professeur Fournier. Son histoire est la suivante (1) :

Sa mère est âgée de 80 ans et en bonne santé; son père est mort il y a quelque trente ans d'une maladie inconnue. Deux enfants de cette famille sont morts jeunes, mais il reste à notre malade un frère, qui est soldat et se porte fort bien.

Lui-même, à l'âge de 18 ans, étant dans la marine, contracta à Brest un chancre du prépuce pour lequel il prit pendant trois ou quatre semaines « un verre d'une solution mercurielle »; mais il lui fallut s'embarquer pour la Crimée, et c'est devant Sébastopol qu'il eut sa roséole.

Plus tard, il revint en France et travailla comme chapelier; il mania du mercure pendant quatre ou cinq ans de suite, dit-il, puis pendant deux à trois mois chaque année;

(1) Observation prise en collaboration avec M. Gilis, externe du service.

Je voulus cependant en avoir le cœur net et je soumis le cas à un de nos plus éminents maîtres en pathologie nerveuse.

« Je n'ai jamais rien vu de semblable, nous répondit le savant académicien; je ne connais pas d'observation analogue. La chose n'est pas impossible, cependant, et s'expliquerait par l'irritation du moteur oculaire commun. Mais, signalez le fait, il mérite d'attirer l'attention et peut devenir le point de départ d'études intéressantes. »

D'où je conclus qu'il peut être utile à un médecin, même au point de vue son art, de lire des romans. Dr Ch. SCHMIDT.

TRAITEMENT DE LA DERMITE ARNIQUÉE. — De Molènes.

La teinture d'arnica, appliquée sur la peau à la suite des contusions, peut provoquer l'apparition d'une dermite eczémateuse ou vésiculeuse, qui dure 10 à 15 jours, parfois davantage, et qui peut devenir le point de départ d'un véritable eczéma, chez les personnes prédisposées. Pour remédier à ces accidents, on supprime les applications intempestives d'arnica, dont l'effet cicatrisant est nul, puis on prescrit le repos et les émollients, tels que cataplasmes de fécule, poudre d'amidon, pommade faible à l'acide borique. Quant aux plaies qui avaient été couvertes de compresses de teinture d'arnica, on les panse avec une solution antiseptique. — N. G.

il acquit ainsi un tremblement dont il offre des signes peu précis. Il avoue avoir fait en même temps des excès alcooliques, buvant 3 litres, 3 litres 1/2 au minimum; « on boit ferme dans la chapellerie » (?) dit-il.

En 1866, onze ans après sa syphilis, il se marie (sa femme est morte aujourd'hui); de ce mariage sont nés six enfants : le premier est mort à l'âge de six mois de méningite; le deuxième est né mort; le troisième est mort à l'âge de 3 mois; le quatrième et le cinquième sont nés morts; le sixième est mort à 3 mois.

En 1870, quinze ans après le chancre, cet homme éprouva des vertiges, des peurs; il n'osait traverser une rue ou un pont, de crainte de tomber; mais c'étaient là des phénomènes intermittents et qui augmentaient avec les excès de boisson.

Il y a cinq ou six ans (1881), il continuait encore son travail, quand il remarqua un fait qui ne laissa pas que de l'inquiéter; quand il posait son pied sur un objet irrégulier ou froid, sa jambe se retirait brusquement et était pendant quelques secondes le siège d'une trépidation.

Il y a trois ou quatre ans (1883-84), il ressentit des troubles du côté de la miction et se prit à souffrir des jambes : c'étaient des douleurs dans le gros orteil gauche; elles remontèrent bientôt vers le genou et la cuisse. Puis ce furent, dans tout le membre inférieur gauche, des élancements « en éclairs » qui gagnèrent ensuite la jambe *droite*.

A ce moment seulement il consulta un médecin qui lui prescrivit de l'iodure.

Mais il survint bientôt des douleurs en ceinture, et toutes ces souffrances augmentèrent au point qu'il entra à Lariboisière (octobre 1885-janvier 1886) dans le service de M. Proust, où il fut soigné pour une Ataxie, et prit 10 grammes d'iodure par jour, à son dire.

Il reprit alors son travail, mais il avait gardé de la tendance aux vertiges; il éprouvait beaucoup de difficulté à monter un escalier et à se baisser; plusieurs fois, il tomba en essayant de ramasser quelque objet; — si bien qu'en octobre dernier (1886) il entra à Saint-Antoine, dans le service de M. Hayem.

Très amélioré encore, il se remit à l'ouvrage, puis les accidents reparurent et le contraignirent de recourir de nouveau à l'hôpital; c'est alors qu'il se présenta à Saint-Louis.

Voici ce que l'on constate à son entrée : Il se plaint de douleurs *dans les deux jambes*, surtout à gauche; les douleurs en ceinture ont disparu.

La marche est impossible sans une canne; le malade a de la peine à soulever le pied *gauche* et le lance en marchant; souvent la pointe du pied traîne par terre, et le soulier s'use par le bout de la semelle. Mais, s'il « talonne » du pied *gauche*, nous remarquons avec étonnement qu'il « marche en fauchant » de la jambe *droite*, et qu'il traîne en quelque sorte celle-ci.

Le réflexe rotulien, *aboli à gauche*, est au moins *intact à droite*.

La station debout, difficile les yeux ouverts, est impossible les yeux fermés.

Au lit, l'incoordination motrice de la jambe *gauche* est manifeste quand on lui ordonne e toucher un point avec son pied; celui-ci dépasse le but. La force musculaire paraît égale, conservée des deux côtés, c'est-à-dire un peu moindre dans la jambe droite que dans la jambe gauche, quand on lui dit de résister à une flexion ou à une extension forcée. Vient-on à lui fermer les yeux et lui croiser les jambes, il ne reconnaît pas si on lui remue ou touche la jambe *gauche*.

La sensibilité, conservée dans la jambe *droite*, est affaiblie (contact et température), mais non abolie à *gauche*.

Organes des sens. — *Odorat* intact, *goût* un peu affaibli, *vue* affaiblie progressivement depuis trois à quatre ans: il commençait alors à avoir de la peine à lire son journal : ce fut la première chose qui le frappa. Pupilles inégales et en myosis. Réflexe accommodateur conservé; la pupille est légèrement sensible à la lumière, mais elle est paresseuse et lente.

Organes génitaux. — Le malade a perdu tout désir sexuel; il n'a pas eu de rapport depuis 1884.

Miction troublée; c'est un des premiers symptômes éprouvés il y a quatre ans; il lui arrivait alors de garder difficilement l'urine, comme aussi de mouiller quelquefois son pantalon, alors qu'il n'avait pas le temps de satisfaire un besoin subitement impérieux.

Ces troubles urinaires, qui s'étaient calmés, ont reparu; depuis un mois, le malade perd son urine d'une façon continue.

La mémoire a faibli; parfois le malade est pris de chagrin subit et pleure comme un enfant. La musique lui fait venir les larmes aux yeux; il ne peut voir frapper un animal. — Organes digestifs, poumons, cœur, aorte, rien à noter.

En somme, T... entre à l'hôpital parce que « ses vertiges l'ont forcé de suspendre son travail; sa marche est peu brillante; il a peur de monter et descendre un escalier; il a quelques douleurs dans les jambes. »

Traitement : Douches froides; iodure de potassium : 4, puis 6 grammes.

Le malade quitte l'hôpital le 26 septembre. Son amélioration a été progressive et aussi marquée qu'à ses deux premiers séjours dans les hôpitaux.

Les vertiges ont disparu peu à peu, en même temps que des courses de plus en plus longues devenaient possibles sans fatigue.

Aujourd'hui, T... marche sans canne, les yeux ouverts, sans fixer le sol. Il talonne un peu du pied gauche, — ce qui s'entend plus que cela ne se voit, — mais c'est à peine s'il fauche légèrement de la jambe droite.

La résistance musculaire, augmentée, est presque égale dans les deux jambes. Le malade dit lui-même que son « côté droit est revenu ».

L'incoordination motrice est diminuée; au lit, le pied gauche atteint, sans le dépasser, le but prescrit; le malade « ne perd plus sa jambe ». Mais les réflexes, bien entendu, sont démeurés tels que; à savoir : nul à gauche; — conservé (difficile à trouver) à droite. Les pupilles sont restées contractées et inégales.

Ainsi donc, un homme prend une syphilis tellement légère qu'elle ne lui a laissé d'autre souvenir que celui de la roséole. A cette époque, il est soigné pendant un mois, c'est-à-dire traitement nul. Puis il n'éprouve plus aucune manifestation de la maladie (ou en tout cas rien de saillant, puisqu'il ne porte aucun stigmate sur son corps); mais si le mal est latent, il veille dans l'ombre, et quand, après onze ans de « silence de la diathèse », cet homme se marie, cette union est quasi frappée de stérilité; sur six enfants qu'il a eus, six sont atteints et tous les six meurent.

Après avoir donné cette effroyable preuve de son existence, la vérole sommeille de nouveau, et ce n'est que *vingt-huit ans* après le chancre qu'elle ouvre à sa victime les portes du tabes.

Et cependant cet homme a absorbé du mercure pendant plusieurs années, à maintes reprises il a même eu du tremblement. Il est vrai que le traitement avait fait défaut au début de la maladie. Cette absorption professionnelle du médicament ne l'a pas préservé de l'Ataxie, et pourtant, chaque fois qu'il a fait à l'hôpital une « saison » de traitement, il a été merveilleusement amélioré. « J'ai déjà été guéri deux fois, nous disait-il; à Lariboisière et à Saint-Antoine ».

T... est hémiataxique, il est même monoataxique d'une jambe, et cependant la lésion médullaire n'est pas seulement dorso-lombaire et dimidiée : le tabes chez lui a commencé par des troubles oculaires et génito-urinaires; les douleurs fulgurantes ont été bilatérales (1) et même en ceinture. Le cerveau lui-même est « touché »; la mémoire a fléchi; il y a de la sensiblerie.

Mais T... n'est pas seulement hémiataxique inférieur, il est hémiplégique du côté opposé, et cette hémiplégie, dont il nous a été impossible de

(1) Ce n'est pas là un fait exceptionnel; les douleurs avaient été aussi bilatérales, notamment, dans l'observation d'*ataxie unilatérale d'origine spécifique* publiée par A. Mathieu (*Annales Dermat.*, 1882); dans ce cas, il n'y avait pas de symptômes viscéraux ni pupillaires.

préciser le début et l'origine, elle cède, comme l'ataxie du membre homologue, devant le traitement spécifique. Ce sont ces particularités qui nous ont paru dignes d'intérêt et nous ont déterminé à relater l'observation, encore incomplète, mais à suivre, car le malade se représentera certainemeut de nouveau à la consultation des hôpitaux.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'apoplexie puerpérale chez une jeune parturiente. Entretien de la vie par la respiration artificielle pratiquée pendant quatorze heures de suite. (*The Lancet*, 4 juin 1887.) — Le docteur Withelaw Bourns vient de publier une observation du plus haut intérêt. Elle montre jusqu'à quel point la respiration artificielle consciencieusement pratiquée peut, dans certaines circonstances, rendre d'éminents services à un médecin et lui permettre quelquefois de tirer ses malades des situations les plus désespérées en apparence.

Dans le cas présent, l'autopsie a montré ultérieurement que la cause première de tout le mal était de celles qui n'admettent pas la moindre possibilité de survie; mais il n'en est pas moins curieux de voir, avec de tels désordres, la respiration artificielle réussir à soustraire un sujet à la mort aussi longtemps qu'elle est elle-même maintenue, et on peut admettre qu'en d'autres circonstances, avec des lésions causales moins irrémédiables, le succès eût finalement couronné les louables efforts de l'honorable praticien et de ses aides.

L'intérêt de cette observation est encore rehaussé par ce fait qu'elle est unique dans la science. C'est la première fois, croyons-nous, qu'il est donné de voir dans des conditions semblables la respiration artificielle pratiquée pendant quatorze heures de suite sur un sujet mourant qui menace de s'éteindre si on fait mine de s'arrêter une seule minute, et qui, de fait, succombe rapidement dès que, en fin de compte, on suspend les manœuvres.

Cette observation possède à ce point de vue toute la valeur d'une véritable expérience de physiologie.

Un seul cas un peu analogue à ce dernier est parvenu à notre connaissance; il a été publié dans l'*Union médicale* (1).

Il est relatif à une aliénée qui, selon toute vraisemblance, venait de succomber à la tentative de suicide par pendaison qu'elle avait réussi à perpétrer.

La respiration artificielle, pratiquée pendant huit heures de suite, sauva miraculeusement la malheureuse, qui, du coup, guérit de sa folie.

Voici l'observation du docteur Withelow Bourns :

Ce praticien est appelé par un de ses confrères à accoucher la femme de ce dernier, mistress E..., âgée de 30 ans, d'apparence frêle, pâle, anémique, de constitution rhumatismale. A part les douleurs articulaires subaiguës dont elle a beaucoup souffert pendant sa grossesse, celle-ci s'est passée, en somme, dans des conditions satisfaisantes.

Le 28 février dernier, à trois heures trente minutes du matin, le docteur Bourns est mandé en toute hâte par son confrère, qui l'informe de ce qui suit :

A minuit, la jeune femme, qui dans la soirée avait reçu et traité quelques amis, s'était retirée en bonne santé dans sa chambre à coucher, où son mari l'allait rejoindre vers une heure du matin.

Il la trouva se plaignant de douleurs épigastriques contre lesquelles elle prit un peu de bicarbonate de soude.

Avant le coucher, une miction et une selle avaient eu lieu facilement.

Vers une heure et demie, la douleur s'étendait à tout l'abdomen. Comme malgré l'emploi d'une pilule d'opium de 0,05 centigr. la douleur persistait, le mari pratiqua le

(1) Voir *Union médicale*, 1886.

toucher vaginal, et, trouvant le col qui commençait à s'ouvrir dans une étendue dépassant déjà celle d'une pièce de 1 franc, il crut bon, vers trois heures du matin, d'envoyer prévenir le docteur Bourns et la garde-malade.

La parturiente, à ce moment, réclama alors la chloroformisation pour s'affranchir des douleurs abdominales vives et constantes qu'elle ressentait.

A trois heures quarante-cinq du matin, le docteur Bourns, en entrant dans la chambre de sa malade, trouva celle-ci presque sans connaissance, étendue sur le dos, la tête un peu élevée et reposant sur le bras gauche replié.

A l'examen, il constata la dilatation légère du col et, avec quelques difficultés, reconnut une présentation du vertex. Pas de décharge vaginale; pouls régulier, à environ 90; respiration naturelle; pupilles égales, non contractées, sensibles à la lumière.

L'auteur, tenant la parturiente en surveillance attentive pendant quelque temps, ne remarqua rien autre chose d'anormal que la continuation de cet état de semi-somnolence, entrecoupé par l'apparition de douleurs expulsives passagères pendant lesquelles la malade suspendait sa respiration et jetait ses jambes de côté et d'autre sur son lit.

Comme les urines rendues avant le moment du coucher avaient été vidées, il introduisit un cathéter dans la vessie.

Celle-ci était vide; mais, en retirant l'instrument, il vit une ou deux gouttes d'un liquide sanguinolent s'échapper par les yeux de la sonde.

Ressentant quelques vagues alarmes de l'état singulier dans lequel la malade paraissait plongée, il envoya chercher le docteur Clément Godson, et, peu après, constata un ralentissement notable du pouls qui ne comptait pas plus de 60 battements par minute tout en conservant sa plénitude; les pupilles étaient égales, mais commençaient à se dilater et ne réagissaient plus sous l'influence de la lumière. Il n'y avait aucune trace de paralysie des muscles de la face ou autres. Mais déjà la respiration assumait le caractère du stertor, lorsque vers six heures quinze du matin, après deux inspirations sifflantes, brusquement la fonction respiratoire cesse. Au même moment, le pouls radial disparaissait. Cependant, dans la région de la pointe, la main peut encore percevoir indistinctement quelques faibles battements.

L'auteur se met alors de suite à pratiquer la respiration artificielle, et le cœur aussitôt de s'activer, si bien que, lorsque le docteur Gobson arrive vers sept heures du matin, celui-ci peut compter 96 pulsations au poignet.

La respiration artificielle est alors suspendue, mais à peine deux minutes se sont-elles écoulées que la malade se cyanose de nouveau et que le pouls s'affaisse.

On reprend aussitôt les manœuvres, on pratique des injections d'éther, on administre un lavement d'eau-de-vie et on galvanise fortement la mourante. Le cœur fœtal est absolument silencieux.

Ayant introduit un cathéter dans la vessie, le docteur Godson en retire environ une demi-once d'un liquide fortement coloré par le sang. Le col utérin est dilaté et présente les dimensions d'une pièce de 10 centimes.

Le personnel médical du voisinage ayant gracieusement offert son concours, après avoir administré un lavement de thé de bœuf peptonisé, on continue, en se relayant, à pratiquer la respiration artificielle jusqu'à deux heures trente de l'après-midi. A ce moment, il n'y a aucun changement dans l'état de la malade. Les docteurs Godson et Playfair, appelés en consultation, corroborent le diagnostic déjà posé d'hémorrhagie cérébrale. Malgré la gravité du pronostic, on maintient sans discontinuer un seul instant la respiration artificielle jusqu'à huit heures passées du soir.

Il faut bien alors se rendre à l'évidence et admettre, quoi qu'il en coûte, que le cas est désespéré.

Le personnel des assistants, harassé par des manœuvres qui n'avaient pas en tout duré moins de quatorze heures, abandonne la respiration artificielle, et la mourante ne tarde pas à s'éteindre.

L'autopsie, pratiquée par M. Colby dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Barthélemy, dix-neuf heures après la mort, révèle les faits suivants :

Rigor mortis très prononcé. Epanchement péricardique léger. Plaque fibreuse récente

de la dimension d'un shelling sur la face antérieure des ventricules près de la pointe. Pas d'altération valvulaire; pas d'athérome de l'aorte. Œdème pulmonaire des deux bases. Reins à peu près sains. Uretères perméables. Vessie vide.

Cerveau : sous les méninges et à la surface de l'hémisphère gauche un caillot de la dimension d'une couronne anglaise, recouvrant la partie supérieure de la scissure de Rolando; sur la région pariétale de l'hémisphère droit un autre caillot superficiel, mais plus petit que le second.

Dans l'épaisseur de l'hémisphère gauche, en continuité avec le caillot superficiel, un foyer hémorrhagique de la grosseur d'un œuf de canard situé en dehors de la capsule externe, mais comprimant à la fois les ganglions cérébraux et les circonvolutions.

Le caillot résultant de l'hémorrhagie de l'écorce cérébrale du côté droit est simplement superficiel.

L'auteur attire l'attention sur la difficulté du diagnostic dans ce cas, dont les particularités n'étaient pas de nature à l'éclairer. L'âge du sujet, le mode d'invasion des accidents, l'absence de toute paralysie des membres, de la face ou des yeux, la vacuité de la vessie, n'étaient pas pour suggérer de prime abord l'idée d'une cause cérébrale. Au point de vue du temps pendant lequel on a continué la respiration artificielle, la présente observation est, comme nous l'avons dit, à peu près sans précédent et sans analogue.

Il ne peut y avoir de doute, ajoute l'auteur, sur ce point : à savoir que la moindre interruption dans les manœuvres, entre six heures quinze du matin et huit heures du soir eût entraîné l'extinction immédiate de la vie comme cela a eu lieu lorsqu'en fin de compte on a dû les abandonner. Il eût été intéressant de savoir combien de temps au maximum on aurait pu prolonger l'existence s'il eût été possible de réunir le personnel nécessaire pour continuer la respiration artificielle aussi longtemps que le cœur eût fonctionné. — Lucien Deniau.

CORRESPONDANCE

Colombey-les-Belles, le 2 décembre 1887.

Monsieur le rédacteur en chef,

Il est regrettable de voir, depuis quelque temps, certains journaux plus politiques que médicaux, mener contre l'hypnotisme une assez vive campagne, absolument comme autrefois ces mêmes journaux glosaient sur l'éther, le chloroforme, le bromure d'éthyle, etc. Ils le font quelquefois avec beaucoup d'esprit ; mais devant les résultats acquis, l'esprit, si gaulois et si mordant qu'il soit, n'a plus qu'à s'incliner ; ce n'est pas lui qui, certes, pourra jamais guérir autres plaies que celles occasionnées par sa plume acérée. Il semble, au contraire, qu'après les nombreuses expériences, dues à nos plus célèbres professeurs et qui tous les jours obtiennent de nouveaux succès, les médecins devraient, dans la sphère de leur action, se mettre à l'œuvre courageusement, et, méprisant les attaques des profanes, réunir, pour confondre les incrédules, le plus d'observations possible.

Frappé des progrès déjà réalisés, je me suis mis à étudier cette science, si nouvelle, — j'ai lu les différents articles publiés à ce sujet par les docteurs Liébault, Bernheim, Beaunis, de Nancy, et Charcot, de Paris.

Dès le début, ils me laissèrent incrédule et c'est sans grande confiance que, suivant leurs conseils, j'ai essayé à mon tour d'hypnotiser.

Aujourd'hui, devant mes propres expériences, faites toujours en public, j'ai dû me rendre à l'évidence, quoique je ne puisse encore expliquer comme tous mes collègues, l'action de l'hypnotisme : je vois dans ce sommeil une suspension momentanée plus ou moins complète de l'activité nerveuse et spécialement de l'activité cérébrale, — une action d'arrêt complètement *inoffensive*, je dirai plus *bienfaisante*, qui amène un état cérébral particulier apte à recevoir les suggestions.

Je n'ai pas encore étudié l'influence du somnambulisme provoqué sur les phénomènes

de l'intelligence, pas plus que je n'ai tenté d'obtenir ce que le public appelle *la Double vue, la Lucidité transcendante* qui n'existeut pas et dont se servent les charlatans dans le seul but de battre monnaie.

Toutes mes recherches n'ont qu'un but : guérir les affections nerveuses, supprimer la douleur dans certains cas déterminés.

Depuis trois ans, M[lle] L..., d'Autreville, souffrait de douleurs vagues, générales, nervo-musculaires, souvent violentes, dans la colonne vertébrale et dans les membres, et qui jusqu'alors avaient résisté aux traitements énergiques prescrits par un de nos savants confrères (pointes de feu, vésicatoires, etc.) ; après examen de la malade, je lui conseillai des applications de teinture d'iode, qui d'ailleurs n'amenèrent aucun résultat, et, huit jours après, la jeune fille me revenait dans le même état qu'auparavant.

Elle consentit, sur ma proposition, à se laisser endormir, mais je n'y pus parvenir, et j'engageai la mère à me la ramener huit jours après. Cette fois, je fus plus heureux, car au bout de trois minutes, par la seule fixation du regard et l'ordre de dormir, elle se trouvait plongée dans le sommeil hypnotique.

J'employai alors le procédé suggestif d'usage : vos douleurs disparaissent, vous ne souffrez plus, ni dans le dos, ni dans les bras, ni dans les jambes, etc., et je lui donne l'ordre de s'éveiller dans vingt-trois minutes. A la minute fixée, elle ouvrait les yeux.

Les douleurs disparurent pendant toute la semaine, pour ne reparaître que le dimanche matin; notre hypnotisée aurait-elle, pendant son sommeil, entendu les paroles suivantes, que j'avais dites à sa mère : Si les douleurs reviennent, ramenez-la-moi, dimanche).

Elle revint donc, mais cette fois, je pus l'endormir en moins d'une minute, toujours par la fixation du regard, — je lui donnai les mêmes suggestions : vos douleurs ne reparaîtront plus, etc., et sur mon ordre, dix-neuf minutes après, elle se réveillait.

J'eus alors la curiosité de la rendormir par action sur le nerf auditif : Lorsque j'aurai frappé cinq coups sur un verre, vous dormirez : un ! deux ! trois ! quatre ! cinq ! et au cinquième coup elle dormait, pour se réveiller à la minute fixée.

Depuis, cette jeune fille, que je vois assez souvent, n'a plus ressenti aucune douleur et a pu, de nouveau, se livrer anx travaux des champs, qu'elle avait été obligée d'abandonner.

En résumé, je crois que dans toute affection nerveuse, le médecin devrait essayer l'*hypnotisme* et faire part de ses expériences à ses confrères, par la voix des journaux, et aux sociétés médicales, par des rapports qu'il leur enverrait.

Peut-être arriverait-on à diminuer et même à supprimer, sans pointes de feu, sans vésicatoires ou emplâtre quelconque, ces états nerveux qui font tant de ravages à notre époque et contre lesquels la thérapeutique est presque toujours impuissante.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération.

D[r] G. LEBERT,
Médecin de la Compagnie de l'Est.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

PRIX DÉCERNÉS.

I. MÉDECINE ET CHIRURGIE.

Prix Montyon. — L'Académie décerne :

A. Trois prix de 2,500 francs : 1° à M. le docteur Henri Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille (*Traité de la lèpre*); — 2° à M. le docteur E. Motais (d'Angers) (*Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés*); — 3° à MM. Nocard, directeur de l'Ecole de médecine vétérinaire d'Alfort, et Mollereau (*Sur une mammite contagieuse des vaches laitières*).

B. Trois mentions honorables (1,500 francs chacune) : 1° à M. le docteur Paul Berger,

agrégé de la Faculté de médecine de Paris (*Amputation du membre supérieur dans la contiguité du tronc. — Amputation interscapulo-thoracique*) ; — 2° à MM. Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Babès (*Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologique des maladies infectieuses*); — 3° à M. le docteur Auguste Ollivier, médecin des hôpitaux de Paris (*Etude de pathologie et de clinique médicales*).

C. Une citation honorable : 1° à M. le docteur Hallopeau (*Traité de pathologie générale*) ; — 2° à M. le docteur Albert Robin (*Leçons sur le traitement de la fièvre typhoïde*); — 3° à MM. les docteurs Bertrand et Fontan (*Entérocolite chronique et endémique des pays chauds*); — 4° à M. le docteur L.-H. Petit (*Essais de bibliographie médicale*); — 5° à M. le docteur Robert (*Traité des manœuvres d'ambulance*).

Prix Bréant. — 1° Récompense de 3,000 francs à M. le docteur Galtier, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon (*La rage envisagée chez les animaux et chez l'homme au point de vue de ses caractères et de sa prophylaxie*); — 2° Récompenses de 2,000 francs à MM. les docteur Chantemesse et Widal (*Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde*).

Prix Godard. — Prix de 1,000 francs à M. le docteur Azarie Brodeur, professeur à l'Université de Québec (*De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*).

Prix Chaussier. — Prix de 10,000 francs à M. le docteur Jaccoud, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1° *Etude sur la phthisie;* 2° *Clinique médicale*).

Prix Lallemand. — Prix de 1,800 francs partagé entre MM. les docteurs Pitres. professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Vaillard (de Bordeaux) (*Etude anatomo-clinique des affections des nerfs périphériques*), et M. le docteur Van Lair (de Liège) *Mémoires sur la suture et la régénération des nerfs*).

II. Physiologie.

Prix Montyon. — A. Prix de 750 francs à M. le docteur Quinquaud, médecin des hôpitaux de Paris (*Recherches relatives à l'influence du froid et de la chaleur sur les phénomènes chimiques de la respiration et de la nutrition*).

B. Mention honorable à MM. Augustus D. Valler et E. Waymouth-Reid (*Sur l'action du cœur excisé de mammifères*).

Prix L. Lacaze. — Prix de 10,000 francs à M. le docteur Charles Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle de Paris (*Travaux et découvertes relatifs à l'histologie et à la physiologie générale*).

Prix Serres. — Prix de 7,500 francs à M. Alexandre Kowalewsky, professeur à l'Université d'Odessa (*Travaux sur l'embryologie générale appliquée à la physiologie*).

III. Prix divers.

Statistique. — *Prix Montyon.* — A. 1° Prix de 500 francs à M. Victor Turquan (*Travaux relatifs à la population des communes de France*); — 2° prix de 500 francs, à titre exceptionnel, à MM. A. de Saint-Julien et G. Bienaymé (*Ouvrage relatif aux droits d'entrée et d'octroi à Paris*).

B. Mention très honorable à M. le docteur F. Lédé (*Travaux relatifs à la statistique du service des nourrices et à la mortalité des nourrissons*).

C. Citation honorable à M. le docteur Aubert (*Etudes sur le recrutement dans la Loire-Inférieure*).

Physique. — *Prix L. Lacaze.* — Prix de 10,000 francs à MM. Henry (Paul et Prosper), astronomes adjoints à l'Observatoire de Paris (*Ensemble de travaux relatifs à l'astronomie physique*).

Chimie. — *Prix Jecker.* — Prix de 10,000 francs partagé entre M. Arnaud, préparateur de chimie au Muséum d'histoire naturelle de Paris (*Recherches sur les alcaloïdes du quinquina et sur la carotine*), et M. Haller, professeur à la Faculté des sciences de Nancy (*Etudes sur les camphres*).

Prix L. Lacaze. — Prix de 10,000 francs à M Moissan, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris (*Travaux sur le fluor*).

Géologie. — *Prix Delesse.* — Prix de 1,400 francs à M. Gorceix, directeur de l'Ecole

des mines de Ouro-Preto (Brésil) (*Découvertes géologiques et minéralogiques en Grèce et au Brésil*).

BOTANIQUE. — *Prix Barbier.* — Prix de 2,000 francs à MM. les docteurs Edouard Heckel et Fr. Schlagdenhauffen (1° *Les végétaux utiles de l'Afrique tropicale*; 2° *Le Bonduc et ses graisses*; 3° *Le Danaïs fragrans*; 4° *Le Kola*; 5° *La galle de l'Acacia spirorbis*; 6° *Le vrai et le faux Jéquirity*; 7° *Du café du Soudan tiré du Clarkia biglobosa*; 8° *Recherches sur le Thapsia villosa*).

Prix Desmazières. — (Prix, une médaille de 1,600 francs). Ce prix est partagé par moitié entre M. Ardissone, professeur à l'Ecole royale d'agriculture de Milan (*Phycologia mediterranea*), et M. Dangeard, chef des travaux de botanique à la Faculté des sciences de Caen (1° *Recherches sur les organismes inférieurs*; 2° *Recherches sur la famille des Volvocinées*).

Prix Montagne. — Prix de 1,000 francs à M. Boudier, ancien pharmacien à Montmorency, correspondant de l'Académie de médecine (*Mémoires sur la famille des champignons, nouvelle classification des Discomycètes charnus, connus généralement sous le nom de Pézizes*).

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Savigny.* — Il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1887.

Prix Bordin. — La question posée était, pour 1885 et 1887 : *Etude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du grand Océan.* Aucun mémoire n'a été adressé à l'Académie.

La question proposée pour 1887 était : *Etude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud* (mammifères et oiseaux). La commission décide qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Thore. — Le prix n'est pas décerné.

Grand prix des sciences physiques. — Prix (une médaille de la valeur de 3,000 francs) à M. Raphaël Dubois, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon (*Etudes sur le phénomène de la phosphorescence chez les animaux; les Elatérides lumineux.*

IV. PRIX GÉNÉRAUX.

ARTS INSALUBRES. — *Prix Montyon.* — L'Académie déclare qu'il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1887. Elle accorde un encouragement de 1,000 francs à M. le docteur Edouard Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille (*Traitement curatif de la morue rouge*).

Prix Trémont. — Prix de 1,100 francs à M. Jules Morin (*Travaux ayant un but utile et glorieux pour la France*).

Prix Gegner. — Prix de 4,000 francs à M. Valson (*Recherches en faveur du progrès des sciences positives*).

Prix Petit d'Ormoy (Sciences naturelles). — Prix de 10,000 francs à M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée au Collège de France (*Travaux relatifs à l'histoire zoologique des animaux inférieurs, à l'embryologie générale et à la genèse de la cellule*).

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT DU 15 AU 31 DÉCEMBRE 1887

Du 16 au 20 décembre. — Pas de thèses.

Mercredi 21 décembre. — M. Cousin : Des inflammations en masse du cordon spermatique. (Funiculites totales.) (Président, M. Trélat.) — M. Le Ray : Des injections hypodermiques de calomel et d'oxyde jaune dans le traitement de la syphilis (expérimentées à l'hôpital de Brest). (Président, M. Fournier.) — M. Meloche : Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement. (Président, M Fournier.)

Jeudi 22. — M. Cazaux : Contribution à l'histoire médicale des strophantus. (Président, M. Laboulbène.) — M. Vian : Des progrès accomplis dans le traitement de la cataracte et du procédé de chaise. (Président, M. Mathias-Duval.) — M. Gilbert : Contribu-

tion à l'étude de l'ulcère simple de l'estomac. (Président, M. Cornil.) — M. Richard : Contribution à l'étude de l'hémiplégie hystérique chez les syphilitiques. (Président, M. Proust.)

Vendredi 23. — M. Delaborde : Indurations plastiques des corps caverneux. (Président, M. Guyon.) — M. Le Siner : Contribution à l'étude et au traitement de l'éléphantiasis du scrotum. (Président, M. Guyon.) — M. Léonardon-Lapervenche : Fractures juxta-articulaires ; leur traitement par le massage. (Président, M. Lannelongue.) — M. Lebatard : Contribution à l'étude des abcès froids des parois thoraciques. (Président, M. Lannelongue.)

Du 24 au 31. — Pas de thèses.

COURRIER

Par arrêtés ministériels, en date des 13, 20 et 23 décembre 1887, pris en vertu du décret du 31 mars 1885, et conformément à l'avis du comité de direction des services de l'hygiène, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

I. — *Epidémies cholériques de* 1884-1885. — Médailles d'argent : MM. Dotti et Firmy, infirmiers à l'hôpital du Pharo, à Marseille. — Leduc, infirmier à Marseille et à Manosque.

Médailles de bronze : MM. Combe et Tommasini, pharmacien à Marseille, Sawas, infirmier à l'hôpital du Pharo.

II. — *Epidémie de suette miliaire de* 1887 (mission sanitaire envoyée dans les départements contaminés). — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Thoinot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de la mission ; Chantemesse, médecin des hôpitaux de Paris ; Descouts, chef des travaux de médecine légale, à la Faculté de médecine de Paris ; M. Wallich, interne des hôpitaux de Paris, en mission dans l'Indre (arrondissement du Blanc), déjà titulaire de deux médailles de bronze et d'argent pour le choléra de 1884-1885, à Marseille.

Médailles d'argent : MM. Démelin, Hontang, Louis, Parmentier et Pozzi, internes des hôpitaux de Paris, en mission dans la Vienne.

Médaille de bronze : MM. Pressat, étudiant en médecine de la Faculté de Paris ; a apporté un concours dévoué à la mission.

Indre. — Médaille d'argent : M. le docteur Dion, médecin des épidémies de l'arrondissement du Blanc.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Doncet, médecin au Blanc, et Levavasseur, médecin de l'hôpital du Blanc.

Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Bernard, médecin à Persac ; Contancin, à Montmorillon, médecin des épidémies de l'arrondissement ; Desroseaux, médecin à Montmorillon.

Haute-Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les docteurs Dunoyer, médecin au Dorat ; Perrier, médecin à Bellac ; Thoumas, au Dorat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bellac.

Médailles d'argent : MM. Lavillauroy et Skalscki, internes des hôpitaux de Limoges.

Epidémies diverses. — Bouches-du-Rhône. — Mention honorable : M. Fantoni, infirmier à l'hôpital de la Conception, à Marseille ; s'est acquitté de son service avec zèle et dévouement lors de l'épidémie variolique de 1886.

Seine. — Médaille d'argent : M. Guérin, attaché depuis plus de trente-quatre ans au service des hôpitaux de Paris ; n'a cessé de donner des preuves de zèle et de dévouement au cours des diverses épidémies qui ont sévi.

FIN DU TOME XLIV (TROISIÈME SÉRIE.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLIV

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1887.

A

B

C

D

E

I

K

L

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.